O. BĂLTĂCEANU

CARTE PENTRU TINERET



EDITURA MEDICALĂ

Prof. dr. O. Băltăceanu

CARTE PENTRU TINERET



EDITURA MEDICALĂ
Bucureşti, 1990

Tablă de materii

Cuvînt înainte

Este greu de crezut că de-a lungul istoriei a existat o revoluție atît de rapidă, de vastă și de complexă ca în epoca noastră asupra naturii umane.

Astăzi, pe scara de la „om“ la „umanitate“ adjudecăm sexualitatea ca o problemă cu intricare plenară în întreaga personalitate biologică, psihologică și socială a individului.

Viziunea modernă a sexualității se situează deci într-un cadru holistic în care omul este abordat multidisciplinar (genetică, endocrinologie, biochimie moleculară și enzimatică, electrofiziologie neurovegetativă, informatică, cibernetică, psihologie individuală și socială, etică, morală, justiție etc.).

Această redimensionare devine uluitoare dar și promițătoare, impunînd o preocupare adecvată nu numai din partea medicilor ci și din partea tuturor eșaloanelor implicate în problemă, întru conștientizarea, complianța și eugenizarea maselor.

Toate acestea, cum am spus, nu dintr-o perspectivă pur medicală cu speculațiile sale teoretice și adîncirile științifice particulare, ci din necesitatea racordării la dinamica „transformismului“ social cu aspectele sale pozitive indiscutabile ce au rezolvat o serie de racile seculare, dar care pune și probleme noi în fața remanierilor mediului fizic, biologic, psihologic, social, în fața polivalenței personalității umane în general.

Că aceste aspecte sînt reale rezultă din următoarele:

— explozia natalității în țările lumii a treia alături de sexualismul steril cu denatalizarea țărilor supraindustrializate, aceasta în primul rînd datorită fisurării identității umane, disjuncției dintre afectivitatea subiectivă și scientismul tehnic triumfist;

— echivocurile și dilemele demersului științifico-industrial ca binefacerile medicației actuale alături de daunele pentru sănătatea individuală și vitalitatea socială create de către anticoncepționale și rezistențele microbiene la antibiotice;

— eradicarea sau îmblînzirea unor boli care au măcinat sănătatea a generații întregi, alături de spectrul amenințător al bolilor noi (SIDA, trichomoniazele, candidozele etc.);

— facilitățile civilizației actuale cu deplasările rapide de mase de oameni (studii, navete, turism) alături de extinderea epidemiologică, recrudescența unor boli pe cale de eradicare, extinderea perversiunilor sexuale, drogurilor, toxicelor;

— poluarea mediului fizic, poluarea medicamentoasă alături de mutațiile genetice cu handicaparea biologică individuală și grevarea socială;

— ridicarea nivelului cultural al maselor prin democratizarea învățămîntului, cultivarea scientismului în dauna educativului (complezența mass mediei), *aspect cu atît mai izbitor în domeniul sexualității;*

— decalajul dintre preocupările în explorarea ambianței umane (chiar extraterestre) și relativ modestele preocupări ce vizează esența umană, necunoscutele universului său psihocerebral.

În urma acestor considerații de ordin general socio-politic și medical etc., cînd cele 30 bilioane de celule, marcate fiecare genetic sexual, ce alcătuiesc substanța unui individ se confruntă în permanență cu presiunile „capricioaselor" legi fizice, biologice și sociale, atîta timp cît sexualitatea, în sensul ei cel mai larg se confundă cu însăși soarta naturii umane, se impune o preocupare permanentă și serioasă, cu evaluări intermitente.

În contextul celor arătate, se pune logica întrebare: ce aduce nou această lucrare întrucît literatura mondială ca și cea românească sînt bine reprezentate de către valoroasele reviste, monografii, tratate în aceste domenii. În acest sens credem că am făcut un pas înainte prin următoarele:

— aducerea „la zi" a unor probleme, date de mare interes și perspectivă, din domeniul electrofiziologiei creierului, de endocrinologie, de psihologie individuală și socială;

— eliminarea aproape totală a unor capitole („pozițiile și tehnica actului copulator", de exemplu), picanteriile, „epidemiologia mintală incitantă" din unele lucrări, căci așa cum afirma un educator recunoscut, „în ultimă instanță, de la apariția omului nu s-au înregistrat cazuri în care, în fața

căsătoriei, tinerii să nu fi avut cunoştinţă despre secretul procreerii, în unica variantă posibilă şi fără deosebiri esenţiale";

— limitarea la maximum a unor date perimate sau unanim cunoscute în domeniul bolilor venerice clinice, despuierea lor de marca „ruşinii" şi a „terifiantului", alături de inserarea problemelor noi, fără dramatizarea în circulaţie, privitoare la „sindromul imunodeficitar dobîndit" etc.;

— introducerea unui subcapitol privitor la „bioritmul catamenial" cu amploarea şi implicaţiile lui, atît în domeniul teoretic cît mai ales în practica medicinii faţă de femeia bolnavă şi a altor discipline faţă de femeia sănătoasă (igienă, ergonomie, medicina muncii, sportivă, socio-politologie etc.);

— introducerea capitolului privitor la „consultul premarital" şi, în consens cu aceasta, amplificarea datelor privitoare la maladiile genetice, căci spre deosebire de performanţele fitozootehniei, rasa umană se înmulţeşte în continuare la voia întîmplării cu înmulţirea stigmatizaţilor genetic;

— afilierea la capitolul „fertilitatea feminină" a unui subcapitol de „agresologie perinatală" (toxică, infecţioasă etc.), prefigurînd mai bine patologia congenitală;

— introducerea unui larg capitol privitor la „dragoste" ca parte integrantă şi exclusivă a sexualităţii umane.

Motivaţia inserării acesteia într-o lucrare de profil ştiinţific s-a impus prin fundamentarea obiectivă cu cele mai noi achiziţii din domeniul psihofiziologici nervoase superioare, psihoendocrinologiei, psihologiei individuale şi sociale, psihopatologiei, igienei mintale, pedagogiei etc.

Capitolul respectiv oferă prilejul optim de a însăila aspecte educative adică de influenţare şi modelare a personalităţii tînărului în vederea unei comportări şi atitudini faţă de propria-i sexualitate, în raport cu normele vieţii sociale, demonstrîndu-se astfel saltul colosal prin care omul a devenit obiectivul propriei sale alambicări, al propriei conştiinţe, un subiect obiectivizat.

Căci, cu drept cuvînt, problemele cele mai stringente ale sexualităţii, atît ca perspectivă ştiinţifico-biologică, cît şi de practică medico-socială se concentrează în direcţia sectorului cerebral, igiena sexuală profilîndu-se tot mai pregnant ca o igienă mintală în cadrul unei suprastructuri socio-morale adecvate.

Din cele de mai sus decurge şi cui i se adresează această carte.

Pentru medicii generalişti, medicii legişti, medicii şcolari, lucrarea reprezintă un ghid documentat în vederea dispece-

rării spre eșaloanele de ultraspecialitate ale diverselor discipline medicale (genetică, endocrinologie, psihoneurologie, medicină internă, neurochirurgie etc.). Căci, sexologia este o știință derivativ-sintetică, interdisciplinară și, ca atare, ea nu poate acoperi toate detaliile teoretice și nu poate dispune de toată dotarea diverselor discipline implicate în obținerea unor diagnostice competente și mai ales în aplicarea unor măsuri, tratamente dificile și pline de responsabilitate.

Tocmai de aceea lucrarea noastră nu încearcă nici măcar să dea impresia că este exhaustivă.

Sîntem conștienți că „popularizarea" medicinii este o armă cu două tăișuri mai ales într-un domeniu în care oamenii preferă ocultarea unor situații, evaziunea față de medic etc. Informațiile mai sumare sau mai complete de tratament, mai ales, în mîna unor nespecialiști sau diletanți chiar, nu ar duce decît la prejudicii, adeseori grave și ireparabile.

Nu în mai mică măsură, lucrarea de față oferă un „vademecum" de înțelegere și acțiune pentru părinți, educatori psihologi, sociologi și chiar pentru juriști.

Și, bineînțeles, în primul rînd lucrarea se adresează tineretului, beneficiarul permanent și cel mai interesat în instrucția și educația sexuală ca problemă fundamentală a vieții, acesta fiind cel mai însetat în a cunoaște marile minuni ale naturii, cel mai receptiv la valorile prieteniei, moralei, a purității frumosului și cel mai îndatoritor față de comandamentele sociale.

În acest sens ne-am silit să-i oferim nu numai cunoștințe ci și o conștiință, aceasta pentru ca tineretul să nu-și irosească viața în căutarea sterilă a unei fericiri iluzorii, trecînd inconștient sau nepăsător pe lîngă tot ce dă sens și valoare vieții: dragostea adevărată, căsnicia armonioasă, copiii, frumusețea trăirilor și realizărilor.

Autorul

Fiicei mele...
spre știință și povață

1. Ontogenia somato-sexuală

Sexualizarea se produce începînd din perioada de contopire cromozomială a celor 2 gameți (ovul-spermatozoid), reprezentînd o dinamică și nivele diferite, corespunzătoare cu premisele genetice și cu ontogenia perioadelor de vîrstă. Avem în vedere sexualizarea genetică, gonadică, gonaforică, a organelor genitale interne și externe, somatică și psihocomportamentală.

Salturile calitative, corespunzătoare cu diferitele etape de viață sînt următoarele:

Perioada prenatală (intrauterină) în care se concretizează sexualizarea produsului de concepție și în care deosebim mai multe trepte de amplificări morfofuncționale sexualizate;

— etapa genetică: rezultată prin amfimixia, fuzionarea cromozomială a celor 2 gameți primari (ovulul și spermatozoidul);

— blastogeneza: etapa după fecundarea oului (zigotogeneza), cînd încep multiplicările celulare, odată cu migrația oului prin trompe și nidarea sa intrauterină;

— gastrularea: etapa formării foițelor embrionare, în a 15-a—a 18-a zi de la ovulație sau a 3-a săptămînă a dezvoltării ontogenetice;

— etapa embrionară: etapa definitivării formei exterioare a produsului intrauterină, în a 4-a—a 8-a săptămînă a dezvoltării ontogenetice;

— etapa fetală: (între a III-a—a V-a lună de gestație);

— etapa de expulsie: ce se termină cu nașterea fătului, apt pentru viața extrauterină.

Perioada postnatală (extrauterină), la rîndul ei cu mai multe etape:

— etapa copilăriei: cu creșterea și dezvoltarea somato-nervoasă a nou-născutului (de la 0 la 3 ani), cu:

- subetapa nou-născutului (30 zile)
- subetapa sugarului (a 30-a zi—1 an)
- subetapa copilului mic (1—2—3 ani)
- subetapa celei de-a două copilării (3—6 ani)
- subetapa celei de-a treia copilării (6—11—13 ani).

Perioada pubertară: pentru fete la 11—15 ani, iar pentru băieți între 14—16 ani, este perioada de proeminare și instalare a sexualizării.

Perioada adolescenței: definitivarea, armonizarea, maturizarea somatică și sexuală (20—22 ani pentru fete și 23—25 ani pentru băieți).

Perioada adultă: aproximativ între 20—26 ani cînd individul își validează funcțiile sexuale.

Perioada senescenței: perioada de involuție somatopsihică și sexuală.

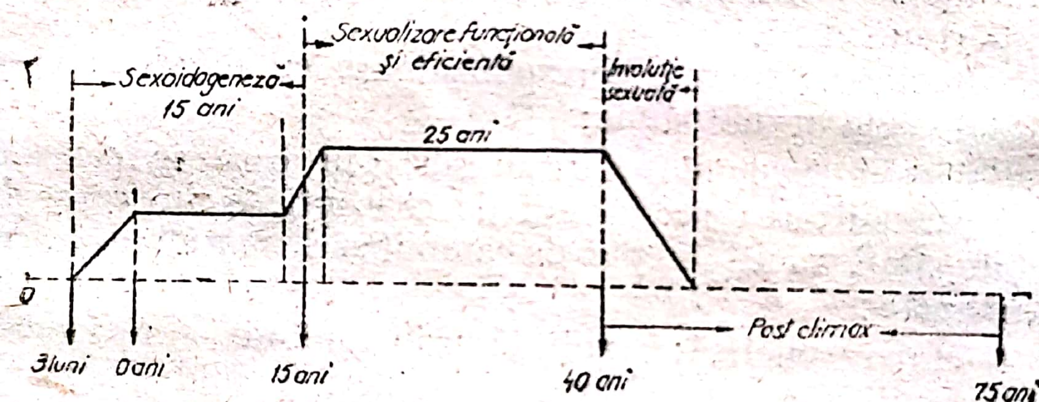


Fig. 1 — Diagrama ontogeniei organismului și a sexualizării (După Ionescu și Dumitrache);.

1.1. PERIOADA INTRAUTERINĂ A SEXUALIZĂRII

1.1.1. Etapa genetică a sexualizării normale

Omul este un mamifer dimorfic sexual, net diferențiat: bărbatul și femeia.

Pentru asigurarea perpetuării speciei, în timp, spațiu și masă este necesară înmulțirea, reproducerea.

Înmulțirea sexuală este asigurată de cei doi „genitori", masculul și femela, producători, mandatari și transmițători ai mesajului genetic viitoarelor progenituri.

Fiecare genitor în parte posedă „gameți" (ovulul și spermatozoidul), celule primare deținătoare ale zestrei genetice transmisibile, care odată ce se contopesc în cadrul fecundării („amfimixie"), dau naștere unui al treilea individ, asemănător și totuși diferit de genitori, cu o plasticitate de adaptare tot mai adecvată la mediu.

Sexualizarea individului uman, deosebit de complexă și dinamică, se desfășoară în etape calendaristice înscrise pe graficul ontogeniei de-a lungul întregii vieți, respectînd anumite caracteristici, altele decît ale organismului care o găzduiește.

Aceste secvențe ale sexualizării sînt următoarele:

— structurarea cromozomial-genetică a sexului;

— structurarea organelor producătoare de gameți (gonadele);

— structurarea organelor genitale, producătoare-conservatoare ale gameților și, în același timp, viitoare matrice ale fecundației și dezvoltării produsului de concepție;

— structurarea sexualizării neuro-comportamentale;

— structurarea sexualizării procreative (pubertatea);

— destructurarea sexuală (climaxul).

Sexualizarea genetică reprezintă prima structurare diferențiată a celor două sexe, reprezentată de translația de mesaje cromozomiale între cei doi gameți, spermatozoidul și ovulul, translație care inițiază ontogeneza sexualizării și anume etapa cromozomial-genetică.

Se știe că fiecare unitate din universul celular feminin sau masculin conține cîte un genom alcătuit din 46 cromozomi.

Dintre aceștia, 22 perechi vor determina prospectarea și dezvoltarea somatică a produsului de concepție. Ei sînt asemănători între ei și se numesc „autozomi".

Alături de acești autozomi se situează o pereche de cromozomi care vor prospecta și dezvolta sexualizarea produsului de concepție și din această cauză se numesc „gonozomi". Și aceștia pot fi asemănători (la femeie) sau diferențiați (la bărbat).

Structurile gonadice generatoare de gameți, respectiv ovogoniile și spermatogoniile, cu același aparat genomic amintit mai sus (23 perechi de cromozomi $= A\ 22 + G2 = 46$), printr-o diviziune reducțională particulară (meiotică), de la nivelul gameților maturi respectiv ovulul și spermatozoidul, pierd fiecare cîte o jumătate din numărul

cromozomilor (46 : 2 = 23), astfel că fiecare gamet rămîne deținător a numai cîte 23 cromozomi (lot haploid).

Prin urmare, ovulul va deține 22 cromozomi (autozomi de tip X — după descrierea microscopică convențională) și un gonozom tot de tip X. Deci ovulul va conține heterocromozomi omologi de tip X (23X + X).

În schimb, spermatozoidul va deține aceiași 22 cromozomi autozomi de tip X, dar gonozomul său va fi fie de tipul X, fie de tipul Y.

Deci spermatozoidul va conține heterocromozomi heterologi de tip X sau Y (23X + X sau 23X + Y).

Fecundarea (amfimixia) unui ovul (cu 23 cromozomi) de către un spermatozoid (cu 23 cromozomi) va reface formula cromozomială de 46 cromozomi (formula diploidă), respectiv 44 autozomi și 2 gonozomi.

Dar fecundarea, în virtutea unui hazard, va oferi două posibilități:

— un spermatozoid, cu formula 22 A + 1 GX, alături de un ovul cu aceeași formula 22 A + 1 GX, va da naștere la un zigot (ou fecundat) cu premize prospective de tip feminin cu formula cromozomială 44 A + GXX;

— un alt spermatozoid cu formula 22 A + 1 GY, alături de un ovul cu formula constantă de 22 A + 1 GX, va da naștere la un zigot cu premize prospective de tip masculin cu formula cromozomială 44 AX + GXY.

Gonozomul X conține gene ovarogenetice, dar este necesară însumarea a doi gonozomi X pentru ca ovarul să apară, să se dezvolte și să-și orienteze biosinteza sexoidă prioritar pentru hormonii feminizanți (estrogen-progesteron).

Gonozomul Y este orhigenic și cel care conferă testiculului atributele de orientare hormonală sexoidă pentru formarea de testosteron.

Se știe actualmente că fiecare cromozom în parte conține un ansamblu linear de cîteva duzine de milioane de „gene" (molecule gigante în care elementul dominant și important este ADN-ul) combinate și aranjate după un cod (genotip), particular fiecărui individ.

Genele sînt aranjate în perechi similare („homozigote") sau în perechi diferite („heterozigote"). În cazul perechilor heterozigote, o genă devine „dominantă" determinînd prin ea caractere specifice în dezvoltarea individului, iar cea-

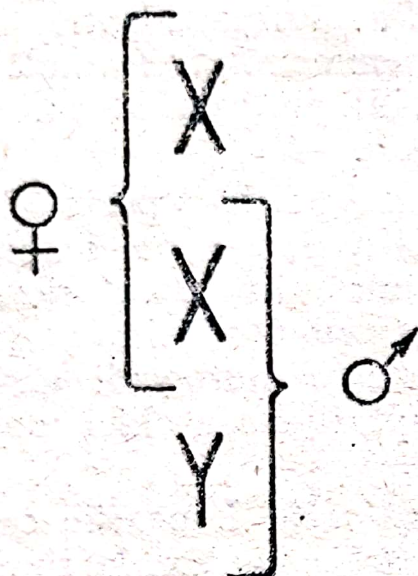


Fig. 2 — Ambiguitatea gonozomială (după Ionescu și Dumitrache.

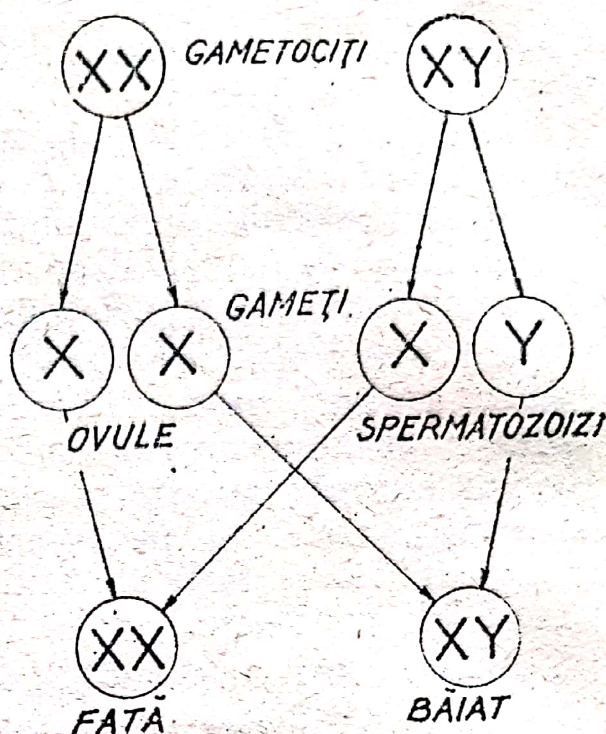


Fig. 3 — Mecanismul determinării cromozomiale a sexului.

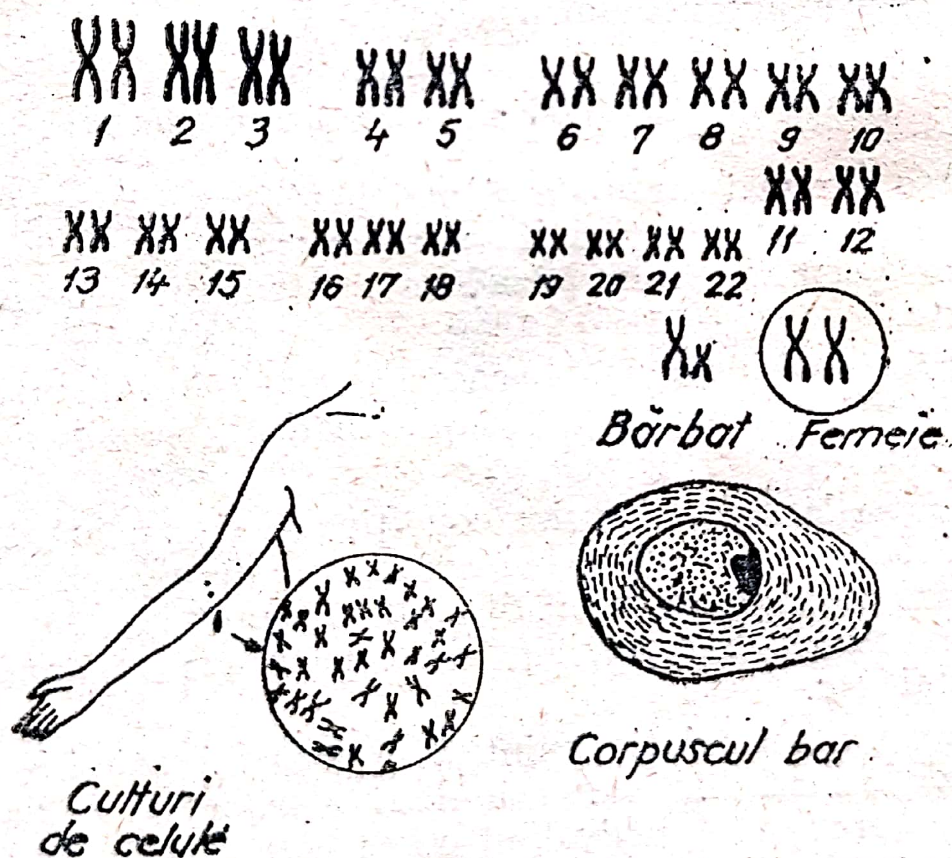


Fig. 4 — Reprezentarea schematică a perechilor de cromozomi, la bărbat și la femeie—modificările în stări patologice (după I. Vinți).

laltă genă, recesivă, va rămîne neexprimată în această dezvoltare.

Se poate deduce că patrimoniul genetic, structura sa și legile sale de dezvoltare vor dirija dezvoltarea, identitatea, specificitatea individului încă din momentul fecundării (amfimixia între ovul și spermatozoid) prefigurînd constituția somatică și sexuală a individului.

Dar ontogenia individului înseamnă pe de-o parte dialectica a însuși mecanismului sexualizării, iar pe de altă parte confruntarea permanentă, dinamică și modulatorie cu mediul intern (matern) sau extern (factori solicitanți sau stresanți), astfel că pe parcursul acestei ontogenii genomul poate suferi unele modificări adaptative sau chiar unele „erori" de codificare.

Aceste erori au o cauzalitate neunivocă. Lanțurile cauzale se interferează și intercondiționează complex, la rîndul lor suportînd variabilele unor condiții din mediul intern și extern în configurații diferite. Mișcarea materiei vii oferă un model al cauzalității cu un număr nedefinit de variabile ceea ce creează un spațiu de joc întîmplării pe făgașul normalului sau anormalului.

Etapa embriofetală de sexualizare normală

Este cea mai profundă și mai hotărîtoare pentru dinamica structural-funcțională a receptorilor sexuali de la nivelul gonadelor, suprarenalelor, sistemului nervos central etc.

Mijlocitorii histo-organogenezei sexuate sînt diverșii hormoni cerebrali, hipofizari, suprarenalieni, gonadici, tiroidieni etc.

Aceștia la rîndul lor sînt condiționați și corelați de anumite enzime ca 5-alfa-reductaza și anumite proteine transportoare ca transcortina (CBC), alfa-fetoproteina, în funcție de dezvoltarea receptorilor, de capacitatea metabolică a ficatului etc.

Întreaga constelație amintită se departajează și se structurează în mod diferit de cele două sexe, aspectele intermediare, netranșante, echivalînd cu diverse aspecte patologice de structură sau funcționalitate.

Determinanții genetici controlează dezvoltarea gonadelor (testicul-ovar).

Sexualizarea gonadală

Pînă la a 60-a zi de viaţă intrauterină, celulele Wolff cu potenţialitate de dezvoltare masculină a tractului genital (prostată, vezicule seminale), ca şi canalele Müller cu potenţialitate de dezvoltare feminină (uter, trompe) se dezvoltă în paralel şi nediferenţiat.

De la această etapă secreţiile endocrine determină unisexualizarea diferenţiată (feminină sau masculină) în sensul adecvat, cînd unele dintre cele 2 tipuri de canale se dezvoltă în detrimentul celorlalte, acestea dispărînd prin autoliză.

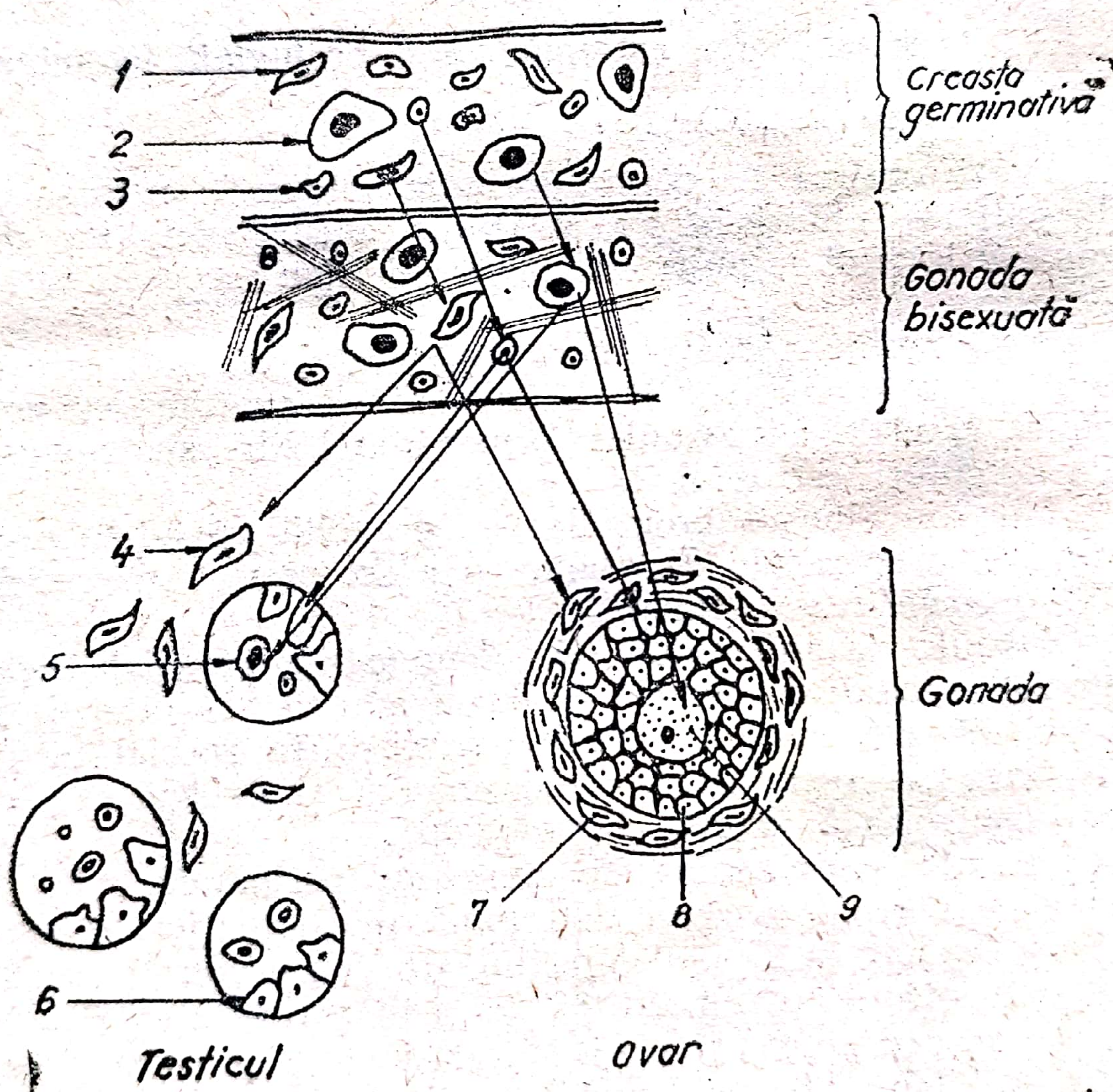


Fig. 5 — Diferenţierea celulelor embrionare din creasta germinativă în celulele specifice testiculului sau ovarului (după Ionescu şi Dumitrache):

1 — celulă mezonefritică; 2 — gonia primordială; 3 — celulă nediferenţiată; 4 — celulă Leydig; 5 — spermatogonie; 6 — celulă Sertoli; 7 — celulă foliculară; 8 — celulă granuloasă; 9 — ovogonie.

Absența gonadei embrionare, indiferent de sexul genetic, face ca tractul genital (intern și extern) să se structuralizeze spontan în sens feminin.

Masculinizarea acestor structuri însă necesită prezența unui testicul embriofetal, care operează în dublu sens: bararea tendinței spontane de feminizare și în același timp stimularea structuralizării de tip masculin. Astfel, dintr-un tract urogenital nediferențiat se dezvoltă în mod adecvat organele genitale interne și externe diferențiate.

Substanțele produse de testicul, responsabile de inducerea masculinizării sînt steroizii androgeni: testosteronul, dehidroepiandrosteronul și androstendiolul.

1.1.2.1. Sexualizarea embriofetală și postnatală feminină

— *Sexualizarea somatică*

După oprirea în dezvoltare, din mugurele median se diferențiază clitorisul (cu receptori androgenici) iar din mugurii laterali se formează labiile mici (cu receptori estrogenici).

Între labiile mici se delimitează șanțul ureteral care se transformă în vestibul al vaginului ce se continuă cu porțiunea caudală a vaginului format din bulbii sinovaginali (cu receptori estrogenici).

Tot din sinusul urogenital se dezvoltă gonadele periuretrale și glandele Bartholin (cu receptori estrogenici).

— *Sexualizarea neurohipofizară*

Studiile experimentale au demonstrat că ciclicitatea funcției sexuale la femeie (și lipsa acesteia la mascul) se datorează diferențierii centrilor nervoși (în special în hipotalamus cu regiunea suprachiasmatică și nucleul caudat) care controlează funcția gonadotropă.

Absența endrogenilor în perioada perinatală, atît la femele cît și la masculi determină o diferențiere pasivă, de tip feminin, a hipotalamusului, deci cu o secreție ciclică de gonadotropi ce se perpetuează și în perioada adultă.

În aceeași perioadă critică același efect se poate obține prin anihilarea hormonilor androgeni cu ajutorul antiandrogenilor (ciproteron) sau cu anticorpi antiandrogeni.

Dacă se injectează la șobolancă o anumită doză de testosteron, se blochează ciclicitatea hipotalamică cu următoarele consecințe: sterilitate anovulatorie și apariția sindromului de ovar polichistic.

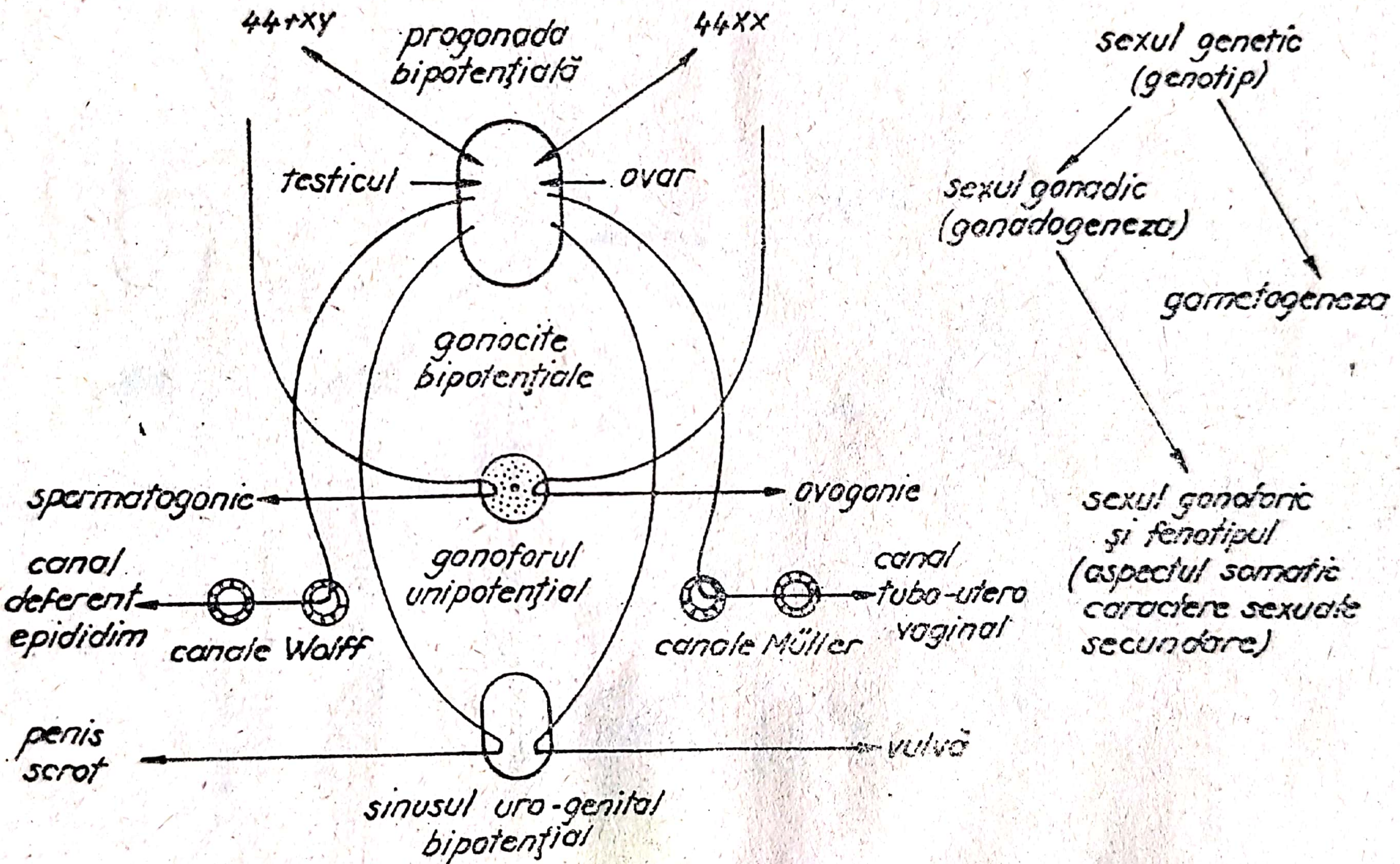


Fig. 6 — Embriogeneza aparatului genital (după V. Vasiliu).

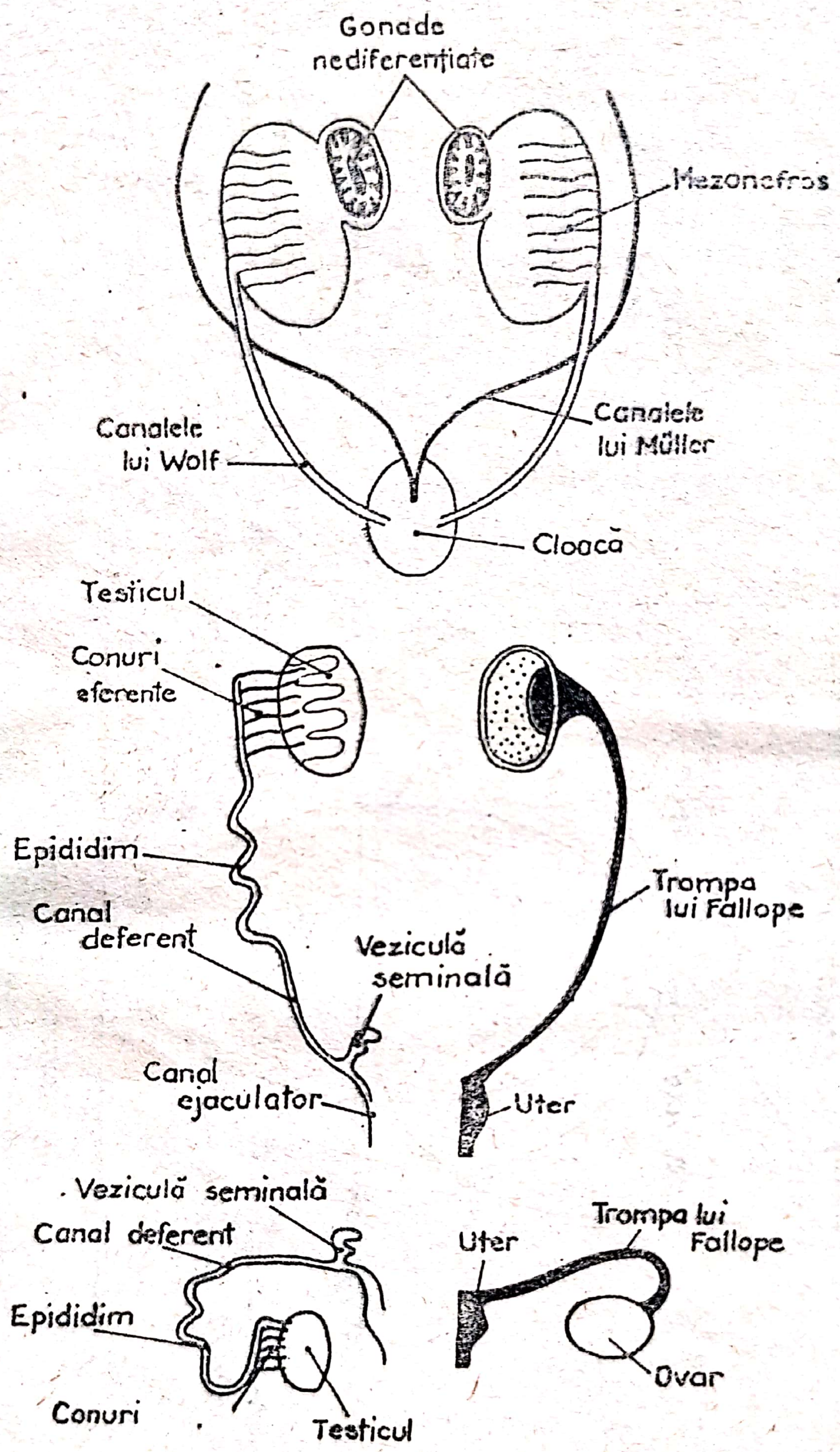


Fig. 7 — Diferențierea aparatului genital în cele două sexe (după J. Cohen).

Diferențierea comportamentului după maniera feminină este programată genetic indiferent de celelalte elemente definitorii ale sexului și se menține ca atare dacă în perioada critică perinatală nu intervin hormonii masculinizanți.

Orice intervenție, chiar minimală, în perioada critică, a hormonilor masculinizanți modifică sexualizarea de tip

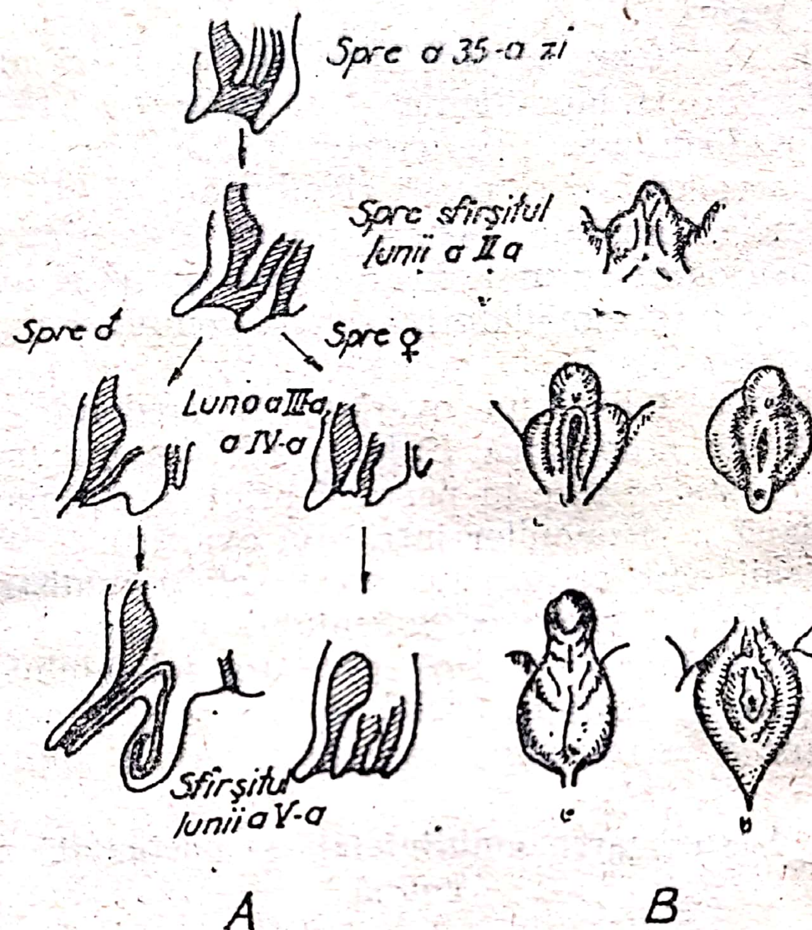


Fig. 8 — Sexualizarea sinusului urogenital (A) a și organelor sexuale externe (B) (după Ionescu și Dumitrache).

feminin, ceea ce induce o intersexualitate atît somatică cît și neuropsihică comportamentală.

Rezultă deci că estrogenii (în exclusivitate) au un rol esențial în inducerea și întreținerea comportamentului sexual de tip feminin (ex. fenomenul de lordoză erotică), fenomen care se blochează cu ajutorul antiestrogenilor.

Inițial, creierul femelei nou-născute este oarecum protejat de efectele estrogenilor circulanți datorită alfa-fetoproteinei, o proteină care barează pătrunderea estrogenilor activi prin bariera hematoencefalică.

Postnatal, nivelul estrogenilor crește, alfa-fetoproteina scade și în același timp crește receptivitatea cerebrală.

— *Sexualizarea pubertară*

La pubertate, receptorul estradiolic din hipotalamusul anterior și din zona preoptică are un rol primar în reglarea ciclică a funcției reproductive, nu însă în mod direct ci prin acțiunea estrogenilor via amigdală-hipocamp-hipotalamus (*feedback* pozitiv).

Celulele secretoare gonadotrope ale hipofizei anterioare răspund la GnRH hipotalamic prin creșterea LH și FSH. Acțiunea realizîndu-se prin creșterea AMPc ca urmare a stimulării acetilcolinei și prostaglandinelor.

La femeie, secreția gonadotropică este intermitentă sau chiar periodică cu mult înainte de menarhă și în primele 30—40 de cicluri anovulatorii pînă la completa maturizare hipotalamo-hipofizară.

Maturizarea foliculului ovarian, în predominanță este dependentă de stimularea FSH și LH hipotalamo-hipofizar, dar aceasta se face în parte și printr-o acțiune directă intraovariană a hormonilor intrinseci ovarieni.

Estrogenii sînt cei care au acest rol, administrarea de androgeni blocînd creșterea foliculului ovarian.

Se poate deduce de aici că, creșterea foliculului ovarian implică pe lîngă acțiunea FSH și LH și acțiunea directă stimulatoare a estrogenilor sau frenatoare a androgenilor.

1.1.2.2. Sexualizarea embriofetală și postnatală masculină

Sexualizarea somatică

Testosteronul fetal este absolut necesar pentru diferențierea sexuală masculină.

Dezvoltarea mugurelui median face ca acesta să se transforme în organ penian, iar mugurii laterali, fuzionînd, dau naștere sacului scrotal.

Inhibarea acestui determinism testosteronic duce la apariția hipospadismului, fibrozarea prostatei ca și la demasculinizarea musculaturii, pilozității, mamelei etc.

Receptivitatea androgenică a diferitelor structuri diferă în perioada fetală față de cea postnatală.

Structurile amintite au receptori androgeni (testosteron și dihidrotestosteron) care își păstrează specificitatea pînă la andropauză.

Sexualizarea neurohipofizară

Convertirea testosteronului și a altor tipuri de androgeni de către creier și hipofiza anterioară sugerează implicația unor metaboliți ai acestor hormoni în organizarea sexuală a creierului în timpul perioadei fetale, precum și în controlul comportamentului sexual de tip masculin.

Studii experimentale au demonstrat că hipotalamusul, nediferențiat inițial, sub influența hormonilor androgeni se tipizează de manieră masculină, adică nu se mai pretează la o secreție gonadotropică ciclică.

În același sens, dacă gonada androgenică este genetic absentă (sindromul Turner) sau hipofuncțională (sindromul testiculului feminizant — Kiinefelter), hipotalamusul se stabilizează la o secreție ciclică gonadotropică (LH) de tip feminin.

O serie de autori consideră că în procesul sexualizării creierului, centrii de control gonadotropic sînt diferiți de cei ai comportamentului sexual sau cel puțin aceștia reacționează la doze diferite de hormon testosteronic.

Dacă comportamentul sexual este programat genetic, comportamentul masculin este dinamizat prin acțiunea testosteronului asupra centrilor nervoși.

Deci, în perioada critică perinatală, asupra sexualizării primare, hormonii masculini realizează o sexualizare secundară, care odată realizată se definitivează pe toată viața după modalitatea masculină.

Hormonii masculini ar avea un rol de supraorganizatori ai diferențierii sexuale.

Distrugerile gonadale testiculare în perioada perinatală pot duce la intersexualitate somatică și neuropsihică (șobolanul își apără cuibul, are grijă de pui, ceea ce nu face șobolanul mascul normal).

La animalul matur, hormonii masculini în consens cu sexualizarea psihonervoasă, au un rol activator.

Orice scădere a hormonilor masculinizanți sub un anumit prag sau contracararea lor prin antiandrogeni, estrogeni, duce la diminuarea-anihilarea comportamentului neuropsihic de tip masculin.

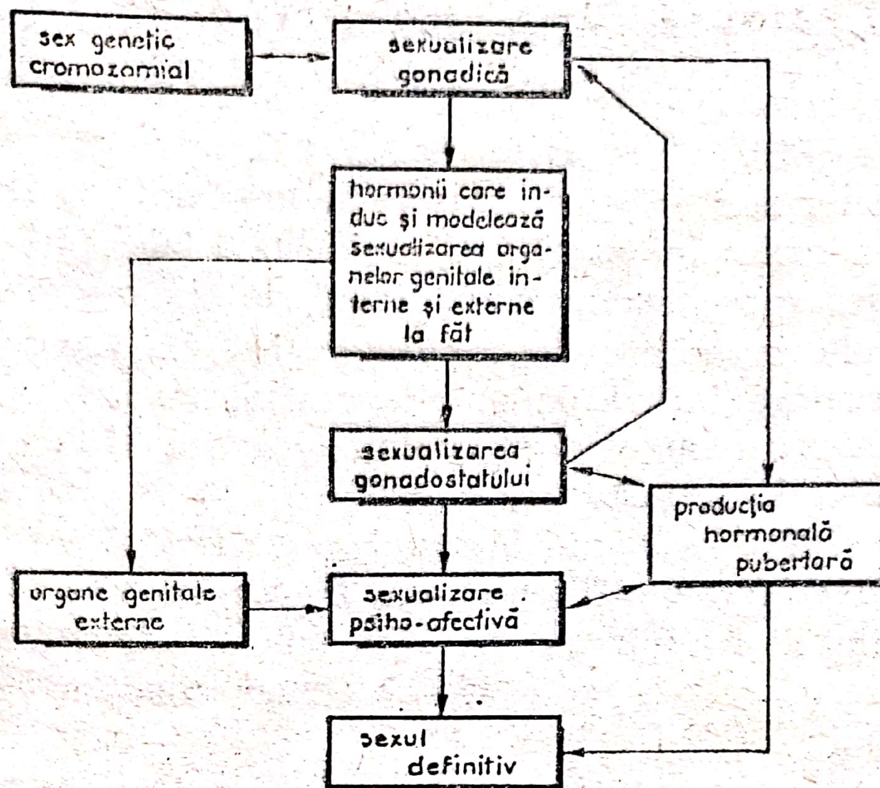


Fig. 9 — Evoluţia ontogenetică a sexualizării (după L. Speroff, R.N. Glass, N.G. Kasse).

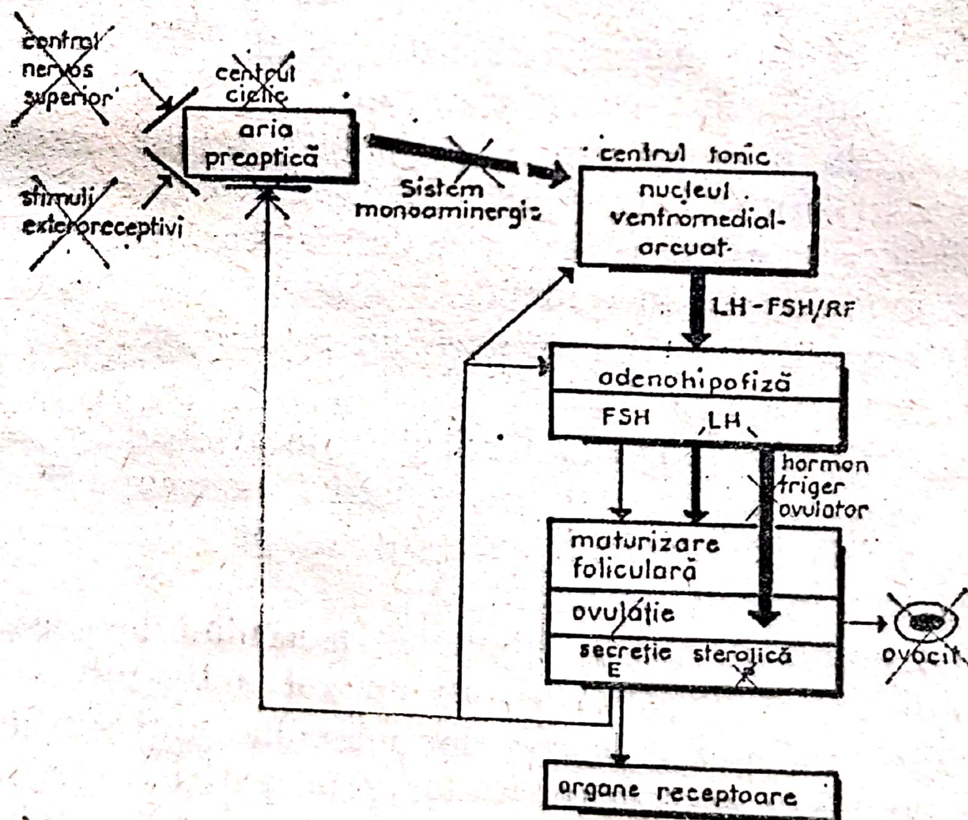


Fig. 10 — Reglarea funcţiei gonadotrope hipofizare de către hipotalamus (după A. Cioltei).

1.2. SEXUALIZAREA GENETICĂ ȘI EMBRIO-FETALĂ PATOLOGICĂ

La om, gonozomul X este atît de important încît prezența sa devine absolut necesară formării și dezvoltării zigotului. Un ou fecundat, cu formula A + YY sau A + YO nu este viabil.

În acest sens se admite că 30% dintre ovulele fecundate, cu aceste defecte-incompatibilități genetice, se elimină, sub forma unui avort ocult și nesesizat.

Se admite, de asemenea, că în aceste cazuri, avorturile spontane ajung pînă la 20% din cazuri.

Potențialitățile ambisexualizante ale individului pot menține ambiguitatea sexuală, dacă nu reușesc să impună o prioritate unisexualizantă, sau prin insuficiența lor de ordin cantitativ generează defecte cantitative.

1.2.1. Heredopatii displaziante prin anomaliile cantitative ale cariotipului cromozomial

Aceste anomalii pot fi de ordin numeric sau morfologic, putînd antrena în special tulburările gonadale de geneză (dismorfism, dishomogeneză cu interesarea secundară a tuturor țesuturilor hormonal dependente specific).

Anomalii ale autozomilor

Erorile de număr în duplicarea cromozomilor somatici pot supradota celulele fiice cu un cromozom suplimentar (trisomia cromozomului 21-XXX). În această situație se realizează pe plan clinic sindromul Down (mongolismul) caracterizat prin mortalitate precoce, malformații cardiace, predispoziție la infecții, marcate tulburări neuropsihice.

Anomalii ale gonozomilor

Sindromul Turner este o anomalie numerică (în minus) a gonozomilor X (cariotip 45 X—0), manifestată prin hipotrofie statuară, sindrom polimalformativ, agenezie ovariană cu carență sexoidă severă.

Sindromul de hiperfemelă — este o anomalie numerică gonozomială (în plus) (cariotip 43 X + XXX), manifestată prin tulburări neuropsihice (întîrziere mintală, idioție).

Sindromul Klinefelter — este o anomalie cromozomială de număr (în plus) în sensul că la formula gonozomială de tip masculin (XY) se supraadaugă un gonozom (XXY), ceea ce va conduce la o patologie de intersexualitate.

Sub raport clinic, eredopatia se manifestă prin disgenezie testiculară, habitus genital de tip masculin nedezvoltat cu alură generală de feminizare-ginecomastie.

1.2.2. Heredopatii displaziante prin disgenezii calitative (genetice)

Este vorba nu de modificările gonozomiale numerice, ci cu deosebire de modificările lor structurale intime, la nivelul genelor ca molecule ale ADN la care se pot ivi mutații ale nucleotizilor. Aceste anomalii sînt mai numeroase și mai greu de sesizat și de depistat.

Datorită unor defecte enzimatice la nivelul testiculului, ovarului, suprarenalelor, receptorilor periferici, metabolismul hormonilor sexoizi, începînd de la colesterol și terminînd cu catabolиții lor, poate fi viciat și ca atare, în funcție de glanda generatoare, de veriga enzimatică deviantă, de intensitatea deficienței, de momentul implicației pe graficul ontogenezei, va determina variante multiple și complexe, în cadrul categoriilor mari de nesexualizare, ambisexualizare, hipersexualizare.

Conform programării genetice a ontogeniei, aceste fenomene pot să se manifeste la orice vîrstă (fetală, copilărie, pubertate, vîrstă adultă).

Intersexualitatea (hermafroditism, ambisexualizare, intersexualitate, sexualitate ambigenă etc.).

Cu toată specificitatea de sex, se știe că fiecare individ are atît o sexogeneză gonozomică, cît și o sexualizare hormonală ambiguă.

Gonocoria, dimorfismul sexual (bărbat-femeie) este doar profilarea unei dominante în formula genotipului.

Dialectica elementelor din această formulă este foarte dinamică cu dezechilibrări-echilibrări perpetue, ceea ce implică și unele derapări, devieri spre extreme (hiper-hipo), sau spre o situație indecisă, ambivalentă.

Intersexualitatea este rezultatul a trei demersuri principale prin: 1) deficitul de masculinizare; 2) prin elaborarea de hormoni sexualizați ambigeni, eficienți, de către același organ (gonade, corticosuprarenale); 3) prin pervertirea

conversiei hormonale sexoide de către unii receptori sexuali periferici.

1) Deficitul de masculinizare este consecința incapacității testosteronului embriofetal de a opera parțial sau total masculinizarea organelor genitale interne, externe și a SNC.

Eșecul masculinizării poate fi determinat de:

— insuficiența testiculului embriofetal (disgenezia orhitică, insensibilitatea celulelor Leydig la LH sau la gonadotrofinele hipofizare, sau la secreția anormală de RH-LH/FSH;

— lipsa receptivității structurilor dependente de testosteron (tulburări enzimatice, defecte nucleare);

— existența antiandrogenilor (falși androgeni care blochează sinteza androgenilor adevărați).

2) Sursele sexoizilor pot fi:

— gonadală (existența în același organism a două gonade de sex diferit);

— hermafroditism adevărat: existența în organism a unei singure gonade diferențiate de sex, dar capabilă să secrete ambii hormoni sexoizi;

— pseudohermafroditism;

— corticosuprarenalieni, cînd respectiva glandă poate secreta hormoni heterosexuali, datorită unor enzimopatii sau tumori.

3) De conversie:

— intensificarea conversiei periferice a unor precursori izosexuali în hormoni activi heterosexuali;

— iatrogenă: prin introducerea în organism de hormoni heterosexuali.

1.2.3. Intersexualitatea embriofetală

Este numită și intersexualitate majoră, hermafroditism adevărat, deoarece implicațiile gonozom disgenetice (fie cariotipul gonozomal în mozaic XX/XY sau XX/XXY etc., fie cariotipul normal XX sau XY dar cu stigmate disgenetice), percută etapa determinantă a sexualizării.

Prin urmare, determinările intersexualității vor interesa primar și profund:

— gonadele: tipul clasic îl realizează „ovotestis"-ul (combinație comună de ovar cu testicul);

— organele genitale interne: intersexualitatea apare numai în condițiile unei insuficiențe a testiculului embriofetal (testosteron și/sau principiu antimüllerian), cu consecințe malformative ale ductelor Wolff și Müller;

— sinusul urogenital și organele genitale externe: intersexualitatea este rezultatul intervenției perturbatoare

— sinusul urogenital și organele genitale externe: ;in-a hormonilor androgeni asupra structurilor cu evoluție „spontană" spre feminizare, cu consecințe ca: hipospadiasul balanic, penoscrotal și perineal; burse goale, testicul unic, clitoris peniform, labiile mici cu aspect scrotal; în 65% din cazuri organele genitale se apropie de sexul masculin;

— comportamentul neuropsihic: intersexualitatea se caracterizează printr-un comportament sexual echivoc încă din copilărie; în 80% comportamentul și identitatea sexuală se apropie de tipul feminin.

1.2.4. Intersexualitatea postnatală

Este numită și „funcțională minoră" întrucît implicațiile genetice sînt tardive, după constituirea organelor sexuale specifice și, deci, fenomenele de intersexualitate se configurează eminamente în spațiul extragenital, profilîndu-se cu deosebire la pubertate, afectînd fenotipia sexului în maturizare:

— morfotipul: devierea, atenuarea de la morfograma scheletată, a dimensionării parametrilor somatici;

— paniculul adipos: cu distribuție-uniformizare la femeie și profilarea de tip gonoid la bărbat;

— vocea: gravitatea vocii cu proiecția cartilajului cricoid la femeie, voce infantilă la bărbat;

— sînul: hipoamastia la femeie, ginecomastie la bărbat;

— pilozitatea: de tip masculin la femeie, glabrarea pielii la bărbat;

— organe genitale: hipertrofia clitoridiană la femeie, hipotrofia penotesticulară la bărbat.

Hermafroditismul funcțional testicular

— *Testiculul feminizant:* reprezentat de morfotip cu o varietate multiplă oscilînd între hipofeminizare, masculinizare, intersexualitate.

În general este vorba de o „femeie" armonios dezvoltată, de talie înaltă, umeri înguști, bazin larg, panicul grăsos cu

distribuție feminină, anizomastie cu areole mici și depigmentate cu absența pilozității pubo-axilare și cu amenoree primară, vagin scurt, stenotic, hipoplazic, absența colului uterin, trompe filiforme sau absente, în rest „vacuitatea bazinului pelvin". Întotdeauna sînt prezente testiculele, dar cu situații anormale și cu afectarea funcțiilor (hermafroditism testicular, rudimente de canal deferent, epididim, tubi spermatici, celule Sertoli, Leydig, stromă de ovar).

Cariotipul este aparent normal XY de tip masculin, dar cu defecte genetice, acestea evidențiindu-se prin caracterul transmisibil al intersexualității respective.

Hormonal, hipersecreție testosteronică la femeie și hiperestrogenism la bărbat, cu incapacitatea calitativă a organismului de a se feminiza.

Comportamentul este constant de tip feminin.

Etiopatogenia este explicată fie prin tulburările enzimatice la nivelul testiculului, fie prin pervertizarea recepției periferice.

Hermafroditismul funcțional ovarian

— *Sindromul de virilizare:* conturează apariția unor caractere masculine (virilism fenotipic; tegumentar; pilar, cu păr gros, rezistent la tracțiune și puternic implantat în tegumentele groase); îngroșarea vocii: hipertrofie clitoridiană pe un organism feminin (cariotip 46, XX, ovare, organe genitale interne, externe și comportament feminin). Tulburările apar postnatal.

Cauzele sînt numeroase: de origine ovariană (ovarul polichistic virilizant), corticosuprarenaliană, ovarocorticosuprarenaliană, periferică (de receptivitate), iatrogenă.

Apariția prepubertară a sindromului poate suprima pubertatea feminină: amastie, hipoplazia organelor genitale externe, menstre neregulate, scăderea libidoului pînă la indiferența sexuală sau invers (comportare masculină) cu stigmate de hiperemotivitate, irascibilitate, impulsivitate.

Ovarul polichistic virilizant: este un sindrom cauzat de tulburări hipotalamice, tiroidiene, suprarenaliene cu substrat genetic. Tabloul general este cel descris mai sus (vezi Sindromul de virilizare), care apare la pubertate odată cu intrarea în funcție a ovarului, manifestîndu-se cu amenoree primitivă, sau o menstră precară, haotică.

Hormonal se constată o creștere semnificativă a androgenilor, incapacitate estrogeno-formatoare și progesteronul totdeauna scăzut.

Ovarul tumoral virilizant: este un sindrom rar care survine înainte de pubertate (sau după climacteriu), cu toate caracterele somatice și hormonale descrise mai sus (vezi Ovarul polichistic virilizant).

1.2.5. **Pseudointersexualitatea** (deficit de recepție periferică)

1.2.5.1. **Pseudointersexualitatea masculină**

— *Pseudohermafroditismul masculin* prin deficit citozolic. Este un sindrom cu cariotip 46, XY, testiculele fiind fără modificări degenerative, testosteronul la valori normale dar cu insuficiența sau absența receptorului citozolic.

Se știe că transportorul citozolic este o proteină de înaltă specificitate care leagă testosteronul liber intrat în celulă, formînd un complex vehiculat spre nucleu. Carența acestui transportor duce la tulburările de întîrziere masculină.

— *Pseudohermafroditismul masculin prin deficite enzimatice:* este un sindrom cu cariotip 46, XY, testicul fără tulburări degenerative, testosteron la valori normale, dar cu absența enzimelor 5-a-reductazei; 20—22-a hidrolazei; 10—22, 17—20 desmolazei; 17 cetosteroid reductazei.

Tabloul clinic este cel al intersexualității.

— *Pseudohermafroditismul masculin cu tulburări sertoliene:* sindrom asemănător, prin implicația insuficienței celulelor Sertoli.

— *Sindromul Klinefelter:* este un sindrom ce se etalează rapid după pubertate cu hipotrofie testiculară (sclerohialinizarea tubilor seminiferi, azoospermie, sterilitate, ginecomastie, habitus general eunucoid, juvenil, hipoandrie, ginoidie).

— *Sindromul 48, XXYY:* este un „dublu mascul" dar numai la nivel gonozomial în rest, sub aspect clinic, asemănător sindromului Klinefelter.

— *Sindromul YY:* are drept caractere deosebite inteligența subnormală și comportamentul agresiv-delictual.

— *Masculii XX:* sindrom clinic asemănător sindromului Klinefelter.

— *Sindromul Turner masculin cu intersexualitate:* un sindrom cu fenotip feminin, hipotrofie staturală, deformaţii toracice, anomalii genitale (criptorhidie), malformaţii cardiace, întîrziere mintală.

— *Sindromul Refenstein:* se caracterizează prin hipotrofie genitală, criptorhidie, ginecomastie, aspermie.

— *Disgenezia monoorhitică:* are un fond genetic cu tulburări secundare notabile.

— *Pseudohermafroditismul masculin prin tumori testiculare:* sindrom rezultat prin pervertirea elaborării hormonilor sexoizi specifici androgeni de către tumora satelită.

— *Pseudohermafroditismul masculin de origine tumorală suprarenaliană:* are mecanism asemănător celui precedent.

1.2.5.2. Pseudointersexualitatea feminină

— *Sindromul suprareno-genital congenital:* este un pseudohermafroditism de origine corticosuprarenaliană caracterizat prin intersexualitatea organelor genitale externe şi a caracterelor sexuale pubertare.

Are un cariotip 46, XX şi cu ovare dar cu exces de androgeni corticosuprarenalieni încă din perioada intrauterină, organe genitale interne de tip feminin, clitoris de tip penian, fără scrot, adesea cu hipospadias sau organe genitale externe de tip feminin dar cu labiile mari sudate, labiile mici lipsă, orificiu genito-urinar unic, amenoree, comportament de tip feminin, în rest aspecte generale de virilism. Există forme clinice cu hipertensiune arterială sau cu pierdere de sare (sindrom Debré-Fibiger).

— *Sindromul de virilizare postnatală, corticosuprarenaliană:* este rar şi cu foarte multe variante datorită unor tumori cu tulburări enzimatice secundare în elaborarea steroizilor. Poate apărea în postnatal, pubertar, la adult, la menopauză şi de aici şi diferite aspecte clinice.

— *Sindromul de virilizare mixt, suprarenoovarian:* se datoreşte unor tulburări enzimatice comune a celor două glande sexoido-secretoare.

— *Pseudohermafroditismul feminin de origine maternă:* androgenii materni în exces trec bariera placentară pătrunzînd în organismul embrio-fetal (hiperandrogenizare maternă). Dacă produsul de concepţie este de sex feminin sexualizarea feminină firească va fi pervertită cu elemente masculine.

— *Pseudohermafroditismul feminin exogen postnatal:* rezultat al administrărilor de androgeni sau alți steroizi cu scop terapeutic.

1.2.6. Transsexualismul

Este o formă de intersexualitate exclusiv de domeniul comportamentului, fără alte aspecte, de cariotip, hormonale, morfologice. Constă în contestarea sexului somatic; solicitarea corelării somatice a sexului în sensul identificării cu sexul pe care îl recunoaște; demersuri pentru reconsiderarea legală a sexului identificat la naștere; pulsiuni erotice și sexuale față de sexul omolog.

Manifestările încep încă din copilărie, cu refuzul vestimentelor, jocurilor etc. adecvate sexului somatic.

Exprimarea comportamentală aberantă se reliefează evident odată cu pubertatea în ceea ce privește vestimentația, tunsoarea, mersul, gestica, mimica, alegerea meseriei etc.

Acest tip de transsexualism trebuie deosebit de travestiul vestimentar, ostentativ și caricatural; de asemenea, de homosexualism: homosexualul recunoscîndu-și sexul real somatic fără apelarea la reconsiderarea sa medico-socială.

De asemenea, transsexualul trebuie diferențiat de unele deliruri sistematizate, din psihozele hipocondriace, epileptice, paranoice, schizofrenice.

Transsexualismul pare a avea la bază o disfuncție hormonală survenită în faza de sexualizare psiho-neurală (androgenizare la femeie, desorhitizare la mascul), tulburare cu sursă din zona neurohipofizară. Unele stigmate somatice de intersexualitate ar confirma etiopatogenia amintită.

Bibliografie selectivă

Alessandrescu D. — Biologia reproducerii umane. Ed. Medicală, București, 1976

Catternal R.D., Nicol C.S. — Sexually transmitted diseases, Academic Press, Londra, 1976

Geormăneanu M. — Patologie indusă prenatal, Ed. Medicală, București, 1978

Ionescu B., Dumitrache Ctin. — Sexualizarea normală și patologică, Ed. Medicală, București, 1987

Maximilian Ctin. — Aventura geneticii, Ed. Albatros, București, 1978
Milcu Șt., Măicănescu-Georgescu M. — Andrologie clinică, Ed. Academiei R.S.R., 1971
OMS — Maturation organique et fonctionelle du foetus, Geneva, Sér. Rapp. techn. N. 522
Tanner J.M. — La croissance et sexe désordres. Das Medizinische Prisma, 4, 1977
Ursoniu Ctin. — Igiena sexuală, Ed. Facla, Timișoara, 1980
Vinți I., Pascu C. — Conținutul profilactic al consultației prenatale, Ed. Medicală, București, 1978

Scanned with OKEN Scanner

2. Perioada ontogeniei sexuale pubertare

2.1. PUBERTATEA NORMALĂ

(Etimologic de la latinescul *pubercere:* a se acoperi cu păr).

Consemnează sfîrșitul copilăriei și startul, debutul maturizării sexuale cu ceea ce este mai evident, apariția caracterelor sexuale secundare somatoexterioare.

În realitate remanierile biologice sînt mult mai precoce, mai vaste, mai profunde dar mai discrete pînă la această vîrstă. Vîrsta la care poate apărea pubertatea normală poate fi: precoce (8 ani la fete, 9 1/2 ani la băieți), medie (8—10 ani pentru fete, 10—12 ani la băieți) și tardivă (12 — 13 ani pentru fete, 14—15 ani pentru băieți).

Încadrarea în aceste trei categorii este consecința jocului factorilor genetici, ontogenia perinatală, factorii geografici (latitudine, climă, alimentație), factori economici, sociali, culturali (*mass media* etc.).

În contextul actual al dinamicii și interpătrunderii acestor factori, se pare că vîrsta pubertății se deplasează spre precocitate. Consemnul general al demarajului pubertar este dat de prima menstruație la fete și prima ejaculare (onirico-erotică) la băieți.

Pubertatea este o scadență a unor remanieri gradate și de ansamblu care privește atît somaticul (creșterea și diferențierea fizicului), cît și sectorul neuro-psihic (dezvoltarea structurilor și conexiunilor superioare). Toate acestea datorită influenței hormonale asupra receptorilor din țesuturile-organe țintă.

În acest context (hormoni-țesuturi) epifenomenul determinant este maturarea celor doi poli coaxiali: gonadostatul

hipotalamic și gonadele, stabilirea între aceștia a interrelațiilor reciproce de *feedback* negativ și pozitiv.

Se pare că un rol deosebit în reglarea funcției sexuale îl are sistemul limbic, bineînțeles în conexiune cu alți centri extrahipotalamici. Deci, sistemul nervos central este acela care inițiază și mediază stimularea pubertății (la rîndul lui fiind influențat de contextul stimulator de mediu — lumină, feromoni, olfacție etc.); dovadă faptul că la copii cu agonadism (sindrom Turner) — în absența gonadei deci — gonadotropii centrali inițiază cel puțin în parte pubertatea.

În perioada fetală hipofiza secretă mici cantități de hormoni gonadotropi (îndeosebi FSH), la care răspund mai întîi corticosuprarenalele și apoi gonadele, cu mici cantități de estrogeni sau androgeni. Această microsecreție a celor două glande periferice este în măsură, la rîndul ei, să sensibilizeze hipotalamusul pentru secreția de GnRH.

În copilărie și, mai ales în pubertate, hipotalamusul devine foarte sensibil și în același timp foarte inhibabil la cantități scăzute de hormoni sexuali circulanți, stabilindu-se astfel un *feedback* negativ. Estrogenii și probabil și androgenii acționează în această fază prin creșterea unei proteine hipotalamice receptoare de estrogeni, dovadă că administrarea prepubertală a acestor hormoni precipită apariția pubertății. Se produce, în consecință, o creștere a eliberării de LRF, o creștere a reactivității hipofizo-gonadotrope la LRF, creșterea reactivității gonadale la gonadotrofină cu stimularea secreției de steroizi sexuali.

Scăderea sensibilității, receptivității hipotalamice (efectul *feedback*-ului negativ gonadic) reprezintă momentul inițiator-declanșator al pubertății prin creșterea marcată de gonadotropi (*feedback* pozitiv).

Se poate vorbi deci că la pubertate se produce o maturizare a receptorilor hipotalamici prin scăderea reactivității la hormonii sexuali cu creșterea în același timp a secreției gonadotropilor hipotalamo-hipofizari, care la rîndul lor activează gonadele.

Dar această „maturizare" a axului hipotalamo-hipofizo-gonadic este condiționată și prin concursul endocrin al tiroidei care troficizează eminența mediană hipotalamică, zona cu cea mai ridicată concentrare de *gonadotrop-releasing-hormone* (GnRH).

Maturizarea gonadostatului hipotalamic presupune implicarea unui centru „tonic" de secreție gonadotropică (în

nucleii ventro-mediali și nucleul arcuat) precum și la femeie, a unui centru „ciclic" (descărcare ciclică de GnRH din hipotalamusul anterior și aria preoptică). Se stabilește în același timp, pe plan corelațional, un *feedback* de tip pozitiv și unui negativ. Acestea sînt circumstanțele de departajare matură a celor două sexe.

Pubertatea este deci un „mozaic" de factori care, fiecare în parte, se maturizează la un anumit moment, creînd în același timp pentru o dezvoltare normală o integrare perfectă sincronizatoare și echilibratoare.

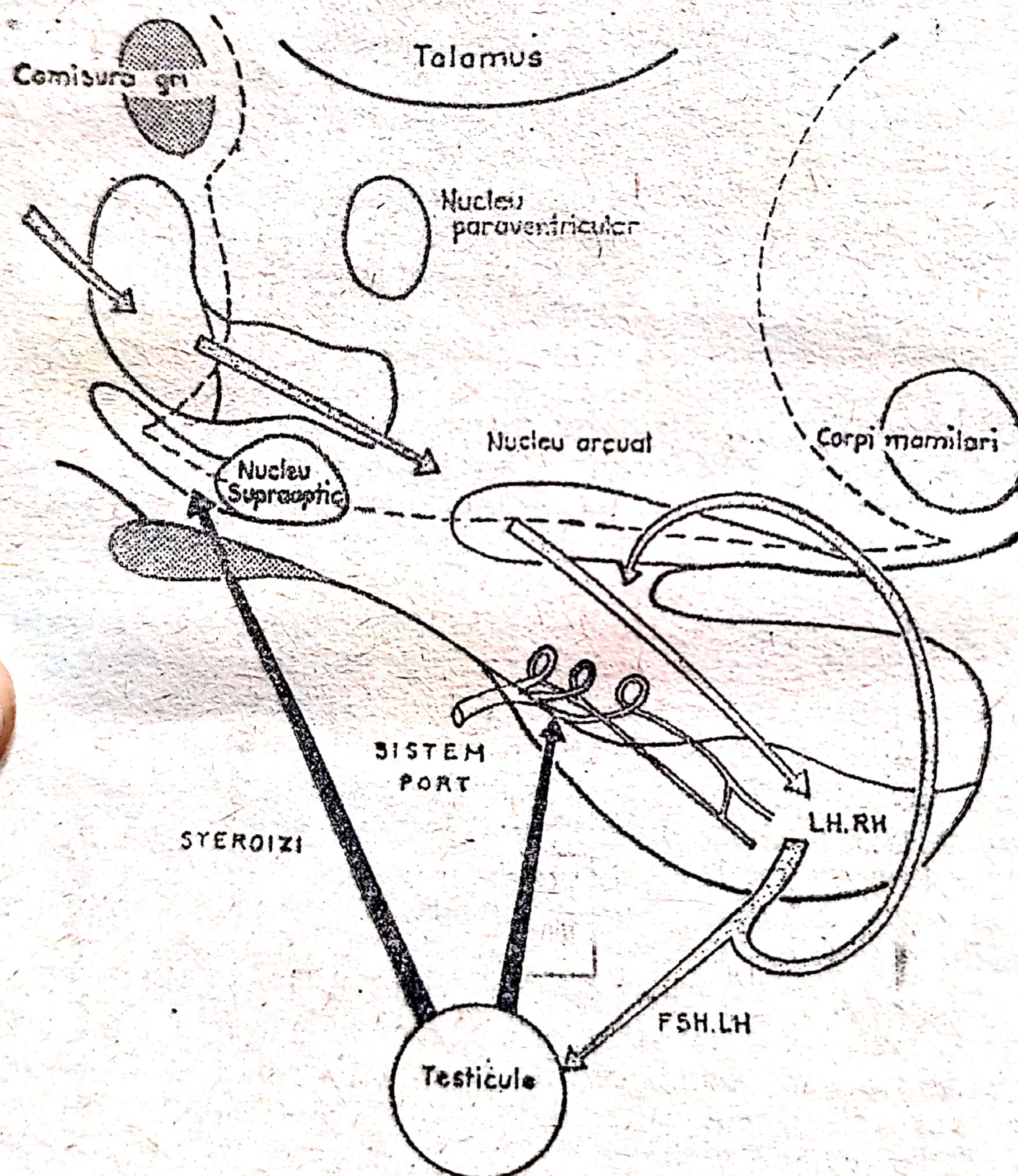
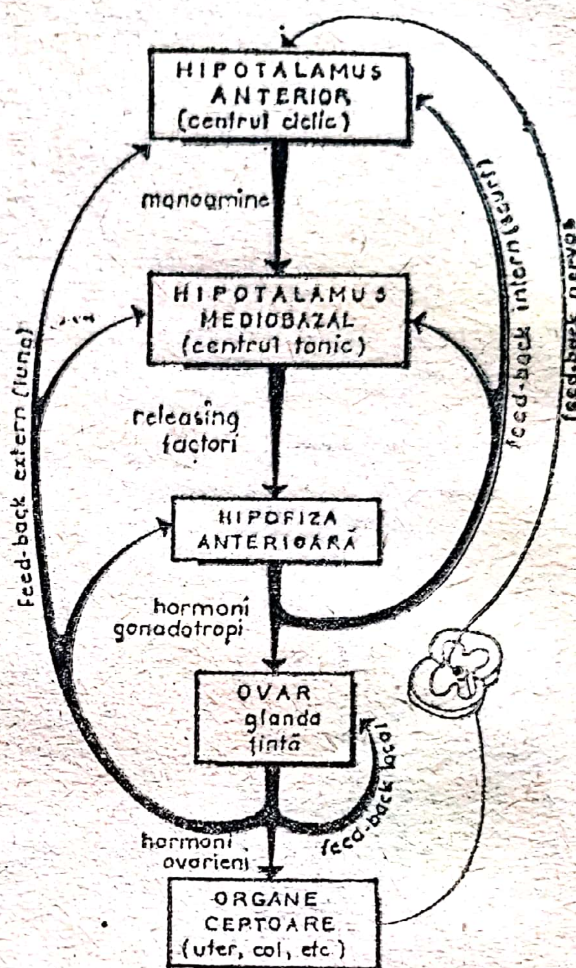


Fig. 11 — Complexul hipotalamo-hipofizar (după J. Cohen).

Fig. 12 — Mecanismele de feedback (după A. Cioltei).



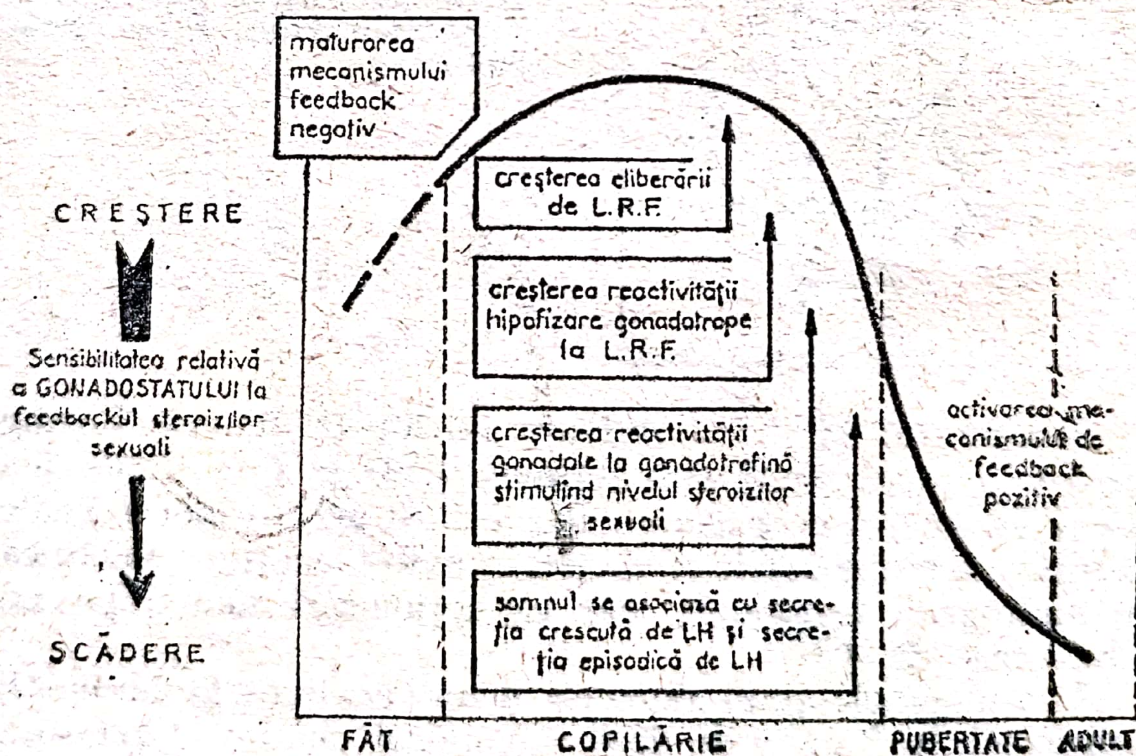


Fig. 13 — Modificările gonadostatului hipotalamic și maturarea mecanismului feedback negativ și pozitiv (după Grumbach și colab.).

2.1.1. Sexualizarea pubertară masculină

La om, testiculul care este activ încă din perioada vieții fetale și la naștere (condiționînd astfel sexualizarea masculină), suferă ulterior o scădere a activității pentru ca în perioada pubertară să-și intensifice secreția.

Hormonii steroizi masculini, probabil (estrogenii în mod sigur) influențează maturizarea hipotalamică, precum și a altor țesuturi țintă.

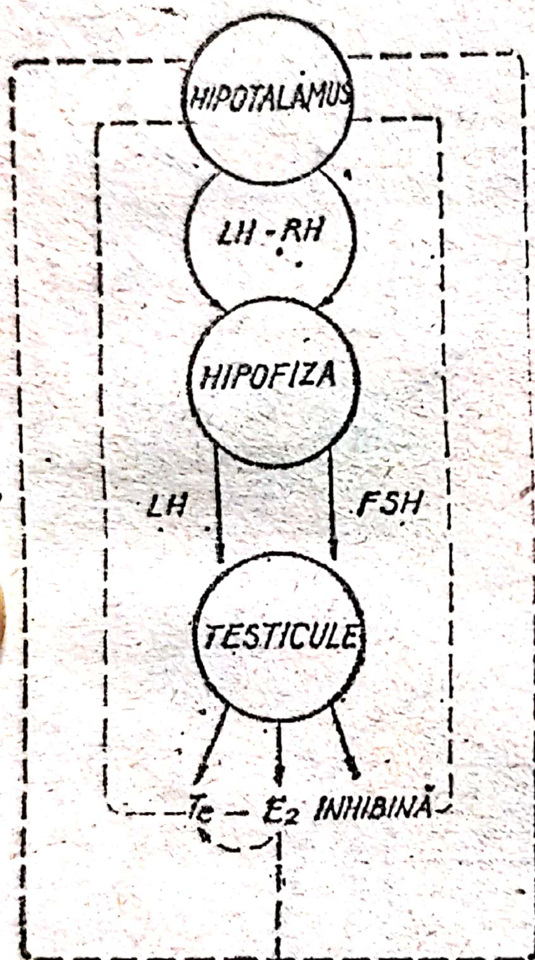


Fig. 14 — Schema raporturilor dintre hipotalamus, hipofiză (lobul anterior) și testicule (după Kamen). Stimularea este indicată prin linii continue, iar inhibiția prin linii întrerupte. LH = hormon luteinizant; FSH = hormon foliculo-stimulant; LH-RH = hormonul de eliberare („releasing") a LH; T_e = testosteron; E_2 = estradiol.

Proliferarea și reactivitatea celulelor testiculare Leydig cresc la această vîrstă sub acțiunea FSH și L.H Prolactina are și ea un rol cert asupra dezvoltării accesoriilor sexuale ca prostata și veziculele seminale, ea avînd o acțiune sinergică cu androgenii testiculari, dar ea acționează numai pe un fond creat de LH.

Deși organele țintă răspund la orice vîrstă la hormonii androgeni, în funcție de doză, răspunsul maxim al acestora este totuși la pubertate, presupunînd o maturizare în ansamblu a țesuturilor receptoare, capabile de conversiune a hor-

monilor (inclusiv a ficatului cu capacitatea sa catabolică asupra estrogenilor).

Cronologic, prin determinare genetică, apariţia şi dezvoltarea sexuală masculină (ca şi cea feminină) se realizează în secvenţe diferite (pilozitatea apare mai întîi pubian şi apoi la barbă, mustăţi etc.) aceasta demonstrînd maturizarea inegală sau intrarea în joc a diverşilor hormoni de tip androgen, în etape diferite.

Concomitent cu această dinamică neurohormonală de fond (inclusiv cea a corticosuprarenalei) încep să prolifereze şi structurile particulare de sex, caracterele sexuale secundare:

— organele genitale externe: începînd de la 11 ani se dezvoltă penisul, scrotul, testiculii. O dezvoltare şi mai semnificativă a acestora se observă în jurul vîrstei de 14 ani, dar cu o spermatogeneză matură abia după cîţiva ani;

— somato-staturale: o creştere rapidă în înălţime, de la 10—11 ani pînă la 11—16 ani, la început a membrelor inferioare, apoi a trunchiului, creştere care depăşeşte pe cea a fetelor.

Creşterea în greutate urmează creşterii în înălţime cu aproximativ un an, predominant prin masa musculară mai dezvoltată, cît şi printr-un strat grăsos mai redus şi uniform repartizat.

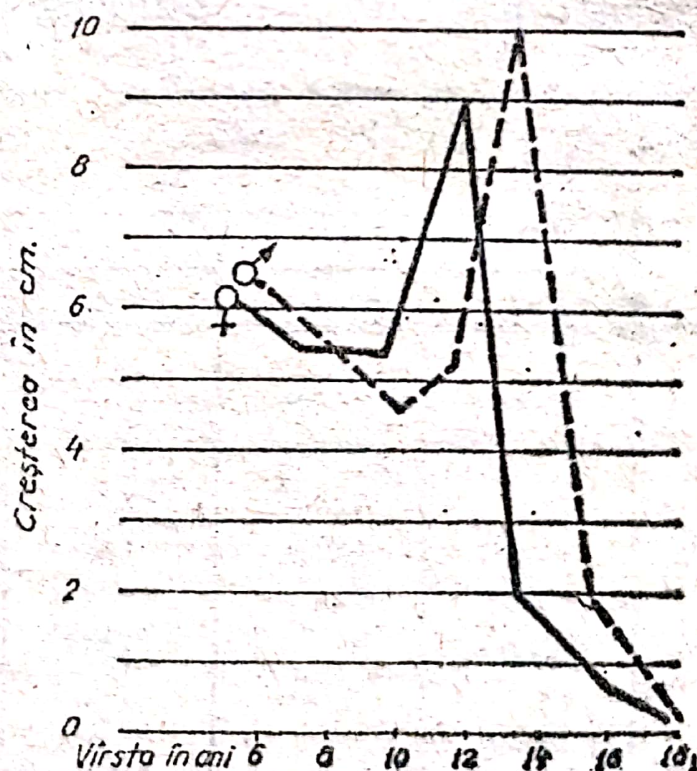


Fig. 15. — Viteza de creştere în timpul pubertăţii (după Speroff).

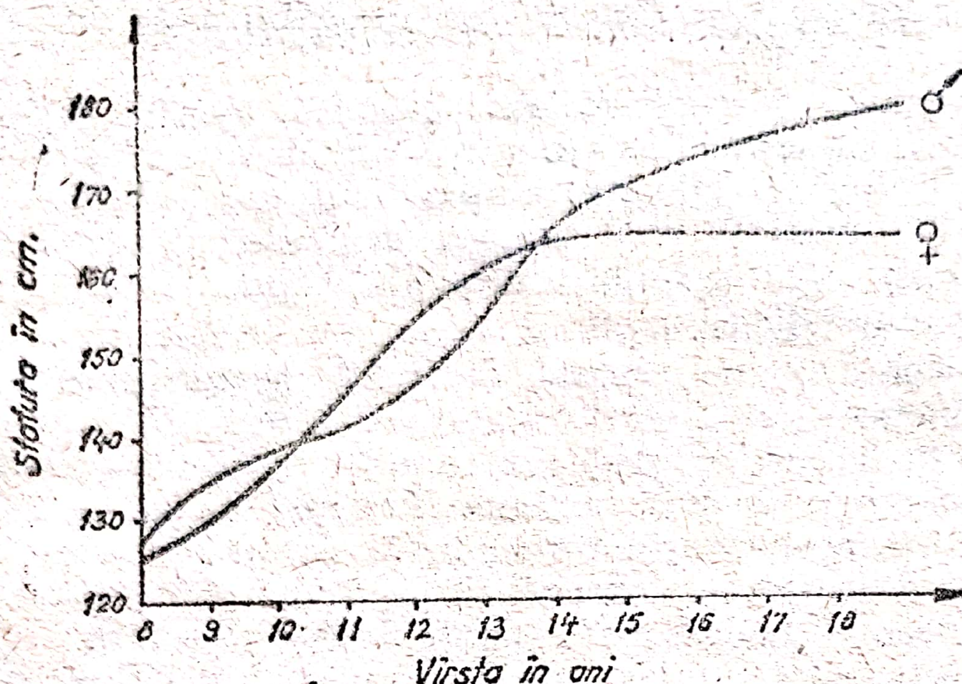


Fig. 16 — Diagrama creșterii staturale la băieți și fete în timpul pubertății (după Brook).

În acest proces se implică hipofiza anterioară, tiroida și corticosuprarenalele, care cresc în volum la peste dublu.

— tegumente și fanere: pielea devine mai groasă, mai dură și mai aspră, datorită foliculilor piloși mai dezvoltați pentru a genera o pilozitate cu fir mai gros, mai dur, mai rezistent.

Repartiția pilozității este specifică: mustăți, barbă, torace, abdomen, pubis.

Vîrstă (ani)	Greutate (kg)		Înălțime (m)	
	Fete	Băieți	Fete	Băieți
10	25,100		1,30	
11	29,900	27,400	1,35	
12	34	29,400	1,42	1,39
13	37	34,600	1,46	1,45
14	40,800	40,200	1,50	1,51
15	43,900	44,900	1,52	1,57
16	48,800	51	1,53	1,62
17	49,	54,300	1,54	1,63
18	49,600	58	1,55	1,64

Fig. 17 — Raporturile între greutate, înălțime și vîrstă la băieți și fete.

— mamele: după o scurtă perioadă de proecţie dureroasă (ginecomastie pubertară) mamelele se atrofiază (amastie) cu mamelonul puţin proeminent în mijlocul unei areole depigmentate.

2.1.2. Sexualizarea pubertară feminină

În perioada intrauterină ovarele fetale sînt inactive hormonal şi gonadic. Feminizarea sexuală rezultă dintr-un proces spontan.

La pubertate, în contextul unui nivel critic al greutăţii corporale (47 kg), corelativ cu acumulările cantitative ale hormonilor sexuali, apare o scădere a sensibilităţii hipotalamusului la hormonii estrogeni (efect *feedback* negativ) ceea ce duce la stimularea secreţiei *releasing factor* (GnRH) cu repercusiuni hipersecretorii de gonadotrofine (mai ales FSH) şi, prin intermediul acestora, de estradiol ovarian.

Bineînţeles că în această conjunctură se antrenează şi hipofiza, corticosuprarenalele şi tiroida. Acum ovarele cresc în greutate (de 20 de ori), apare un număr tot mai mare de foliculi imaturi. Maturizarea completă histofuncţională a ovarelor însă se desăvîrşeşte după aproximativ doi ani de la apariţia primei menstruaţii (anovulatorii) cînd foliculii se maturează (devin ovulatorii) cu secreţie cu corp galben.

În contextul plurihormonal amintit apar şi caracterele sexuale secundare specifice feminităţii, în următoarea ordine:

— dezvoltarea mamelelor *(telarha)*, care se extinde pe o perioadă de aproximativ 4 ani: mamelele cresc în volum atît pe seama peniculului grăsos, cît şi pe seama acinilor glandulari lactifori, areola mamelară se măreşte în circumferinţă şi se pigmentează, mamelonul se proiectează şi devine sensibil;

— tegumentele şi fanerele *(pubarha)*: în contrast cu sexul masculin, pielea devine mai fină, catifelată, cu părul mai mătăsos şi mai fin, cu o repartiţie specifică.

Pilozitatea pubiană, ce se dezvoltă pe o perioadă de aproximativ 3 ani, amintind un triunghi isoscel, cu vîrful în jos şi baza pe marginea superioară a pubelui (invers ca la bărbat) cu prelungiri peste suprafeţele exterioare ale labiilor mari;

— prima menstruaţie *(menarha)* corespunde unei dezvoltări a labiilor mari care acoperă deschiderea vulvară, dezvoltarea clitorisului şi a glandelor Bartholin, a ureterului, trompelor etc. Aceasta se întîmplă în medie la 13,25 în mediul

urban şi la 14,25 în mediul rural (Cristescu), la aproximativ 2 ani de la puseul prepubertar de creştere staturală.

Primele cicluri menstruale, pe o perioadă de cîteva luni — un an, sînt anovulatorii, datorită unui *feedback* pozitiv prelungit şi care determină creşterea mai tardivă preovulatorie a LH.

În aceeaşi situaţie apar mai des şi dismenoree-metroragii disfuncţionale, corelativ cu armonizarea în devenire a gonadostatului.

— creşterea staturală: sub impulsul STH hipofizar şi acţiunea metabolică a hormonilor sexoizi, în jurul vîrstei de 9—10 ani, se observă o creştere în înălţime cu un accent în jurul vîrstei de 14 ani (pînă la 18 ani), dar la o înălţime medie mai mică decît cea a bărbatului.

Dezvoltarea şi structura osoasă este mai gracilă, cu diametrul biumeral mai mic şi bitrohanterian mai mare; sistemul muscular mai gracil şi el, în schimb paniculul grăsos are o repartiţie şi reliefare specifică, îndeosebi la nivelul sînilor şi feselor, repartiţia ginoidă.

Creşterea în greutate survine cam după un an de la puseul prepubertal de creştere în lungime.

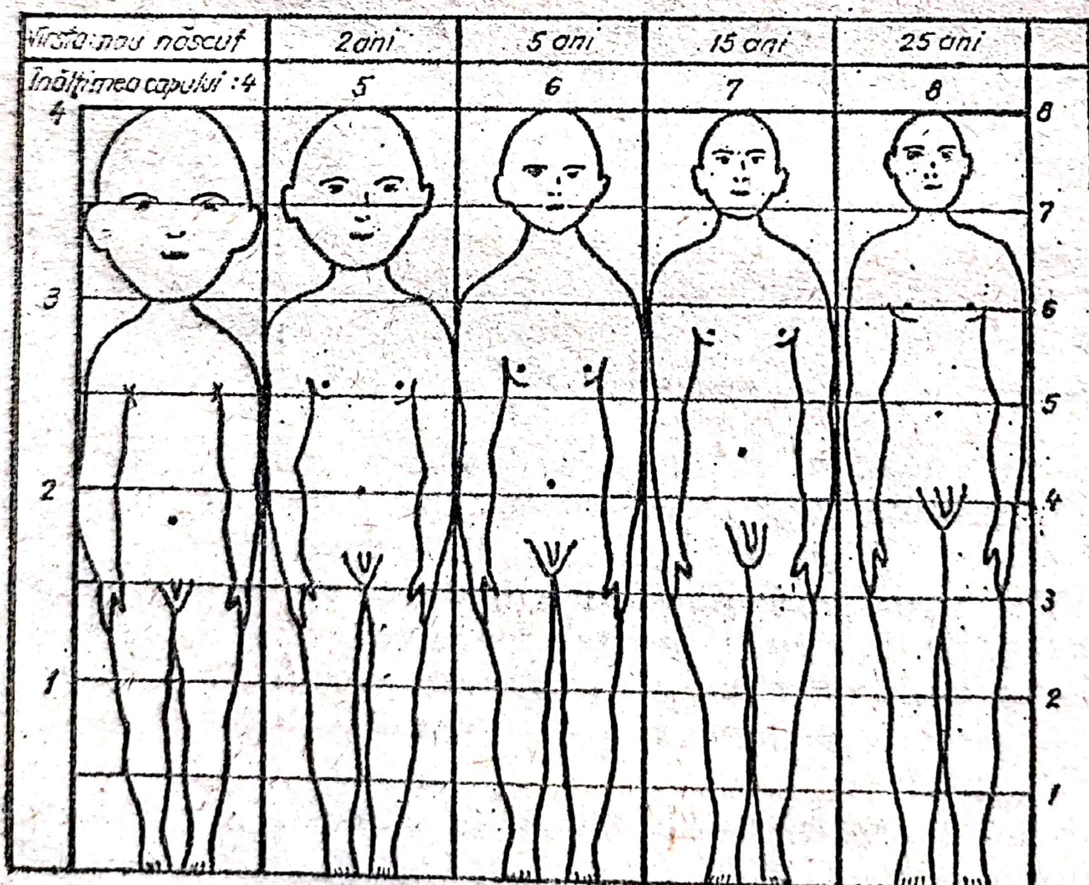


Fig. 18 — Modificarea proporţiilor cap-corp în timpul creşterii (după Stratz).

În general, la ambele sexe statisticile străine, cît și din țara noastră demonstrează că în ultimul secol pubertatea survine la o vîrstă mai precoce (cu aproximativ un an) și cu o accelerație a definitivării acesteia (*„secular trend"*).

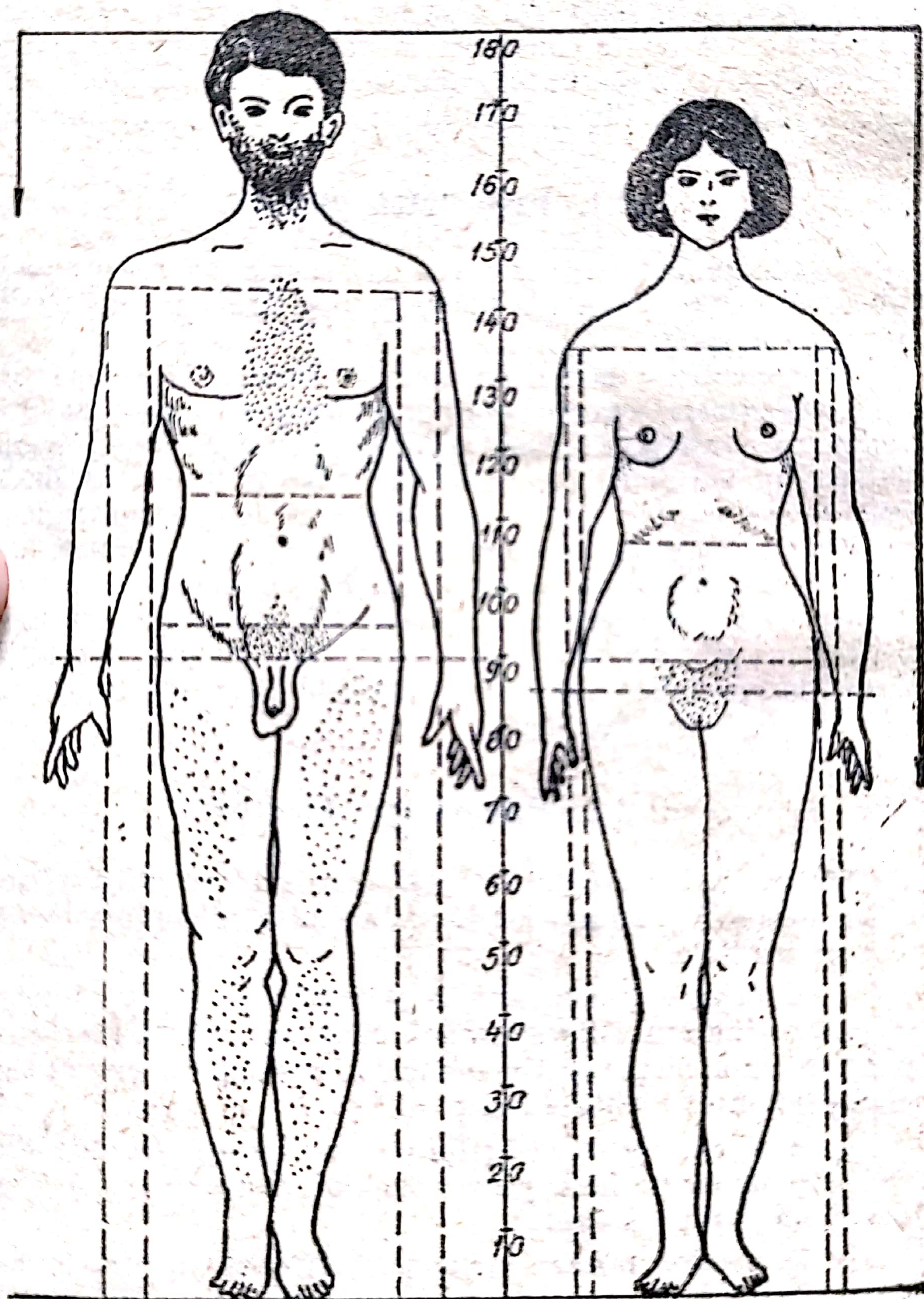


Fig. 19 — Schema deosebirilor morfologice între sexe (după Stratz).

2.2. PUBERTATEA PATOLOGICĂ

Relativ puține sînt cauzele extrauterine, din copilărie, care să influențeze negativ, de o manieră semnificativă, pubertatea. În schimb, așa cum s-a văzut la cap. „Genetica patologică" se poate considera că patologicul, cu expresia deosebită cu care acesta se proiectează în perioada pubertară, își are rădăcinile adînci, în ontogenia genetică și congenitală.

2.2.1. Pubertatea precoce

Numim pubertate precoce cea care survine înaintea vîrstei medii normale și anume la 13 1/2 ± 1 an la băieți și 11 1/2 ± 1/4 ani la fete).

Se proiectează numai cu anumite semne ale pubertății, creșterea sînilor, apariția părului axilar și pubian, fără alte semne care întregesc tabloul pubertar, inclusiv lipsa creșterii suportului hormonal (gonadotrofină, estrogeni). Atitudinea este de expectativă, de cele mai multe ori nefiind patologică.

Cînd pubertatea este precoce, dar cu toate semnele de psihosomatizare și cu suportul lor hormonal putem să ne punem mai multe probleme: tumoral hipotalamice (craniofaringiene, glioame, pinealoame etc.); traumatisme, encefalopatii, hidrocefalia; tumorile virilizante suprarenaliene; și, mai rar, genetic, familiară.

2.2.2. Pubertatea tardivă

Numim pubertate tardivă cea care survine după vîrsta medie normală și anume la: 15 1/2 ani pentru băieți și 13 1/4 ani pentru fete.

— de origine hipotalamică: genetică (displazie olfactogenitală, sindrom adiposogenital etc.) sau secundară (anorexie mintală, hepatopatii, renopatii, cardiopatii grave) sau în cadrul unui hipotiroidism;

— de origine hipofizară: fie cu insuficiență pluriglandulară, fie numai pe linia gonadotropilor. Oricum, gonadotrofinele sînt foarte scăzute;

— de origine primar gonadică: datorită insuficiențelor congenitale (disgenezii gonadale) sau cîștigate (traumatisme, tumori, inflamații, iradieri etc.).

În aceste situații gonadotrofinele sînt crescute.

Bibliografie selectivă

Albu I. — Biologie și vîrstă (sub red. O. Fodor) — Aspecte morfologice în decursul ontogenezei omului, Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1971

Băltăceanu I. Oct. — Bazele biologice ale feminității, Ed. Medicală, București, 1986

Cristescu Maria — Aspecte ale creșterii și dezvoltării adolescenților din R.S.R., Ed. Academiei R.S.R., București, 1969

Dascălu Rodica — Biologie și vîrstă (sub red. O. Fodor), Pubertatea, etapă de transformări neuro-endocrine, Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1971

Mărgineanu N. — Biologie și vîrstă (sub red. O. Fodor), Adolescența, aspectul ei bio-psiho-social, Ed. Dacia, Cluj-Napoca 1971

Mureșan P., Prisăcaru C. — Valorile somatometrice ale populației din R.S.R., *Igiena*, 1972, XXI, 11, 655—663

OMS — La fonction reproductive masculine. *Ser Rapp. Techn.*, Geneva, 1973

Piliș Marcela, Grigorescu A. — Hormonii și sexualitatea, Ed. Științifică și Enciclopedică, București, 1966

Săhleanu V. — Omul și sexualitatea, Ed. Medicală, București, 1967

3. Perioada ontogeniei sexuale adolescentine

(Etimologic: latinescul *adolescere* = a crește)

Această perioadă cuprinde și conturează perioada împlinirilor, armonizărilor, desăvîrșirilor a tot ce a dinamizat pubertatea, cu un accent deosebit în domeniul remanierilor și apariției valențelor psiho-neuro-afective.

După cum se știe acest sector se maturizează și intră în angrenajul sexualității ca sistem, ceva mai tîrziu decît ceilalți parametri ai acesteia.

Acest aspect s-ar datora pe de-o parte stimulării somato-viscerale de către nivelul de trai actual (nutriție echilibrată, habitat igienic și protector, prevenirea unor boli etc.), iar pe de altă parte prelungirii perioadei de formare psihică prin dependența impusă de pregătirea școlară, profesională prelungită a epocii noastre, apărînd deci un oarecare decalaj între maturizarea biologică și cea psihosocială.

După cum vom vedea, tocmai intrarea plenară în scenă a acestui sector, ca element tutelar și de bază a „comportamentului" a personalității sexuale a individului, constituie fenomenul dominant al adolescenței.

Dezvoltarea tuturor sectoarelor creierului, armonizarea funcțională a lor, maturizarea, permit o amplificare deosebită a proceselor neuropsihice cu rezonanța corespunzătoare la solicitările mediului social etc. Acum se produce angrenarea în social. Acum este momentul optim de a corecta, de a favoriza unele calități, sau de a corecta unele deviații biologice, psihologice etc.

Cu un cuvînt, adolescența devine un stadiu crucial, deoarece este momentul detutelării și al pășirii în viață în deplinătatea conștiinței individului.

Deoarece adolescenţa este o noţiune complexă şi de convergenţă, intricare şi armonizare a mai multor componente (maturizare sexuală, maturizare psiho-emotivă, emanciparea şi angrenarea socială), ea nu este o scadenţă fixă, ci o lungă perioadă, de aproximativ 10 ani (OMS), între pubertate şi maturitate.

3.1. DEZVOLTAREA SOMATO-VISCERALĂ

Dezvoltarea staturală

Evidéntă odată cu puseul pubertar, continuă pe toată perioada adolescenţei: pînă la 20 ani pentru băieţi şi pînă la 18 ani pentru fete. Băieţii cîştigînd un surplus de înălţime, cu 11—15 cm faţă de fete.

Tegumentele şi fanerele: se diferenţiază net între cele două sexe (vezi pubertatea).

Dar, pentru că nu există încă o stabilitate, armonizare completă neurovegetativă şi neuroendocrină, la majoritatea acestor adolescenţi se constată hiperhidroză palmară, epidermomicoze, alergii, dermatoze (mai ales la fetele care utilizează abuziv unele cosmetice), acneea (mai ales la băieţi — 15%), acrocianoza vasculară (gambe vinete la fete).

Toate acestea au adînci răsunete în psihologia adolescentului care se ocupă tot mai mult de aspectul său exterior, pînă la obsesii.

Ţesutul grăsos: ia un aspect uniform, difuz şi puţin exprimat la băieţi şi mai bine reprezentat, cu o topică caracteristică la femei (abdomen, şolduri, fese, coapse, prin implicaţie progesteronică).

Musculatura: sub impulsul hormonilor steroizi sexoizi (testosteronul în primul rînd, estrogenii cu rolul lor metabolic general), musculatura ia o reliefare cantitativă şi calitativă deosebită între cele două sexe.

Dezvoltarea sa este mai precoce şi mai proeminentă la băieţi, la aceştia distingîndu-se şi o forţă mai mare (forţa dinamometrică la 18 ani este de 90% la băieţi şi de 60% la fete). În plină perioadă de plasticitate morfofuncţională structura musculară poate fi ameliorată, armonizată printr-un aport alimentar adecvat (proteine), printr-un sport sistematizat (efort dinamic generalizat şi selectiv pentru cele două sexe).

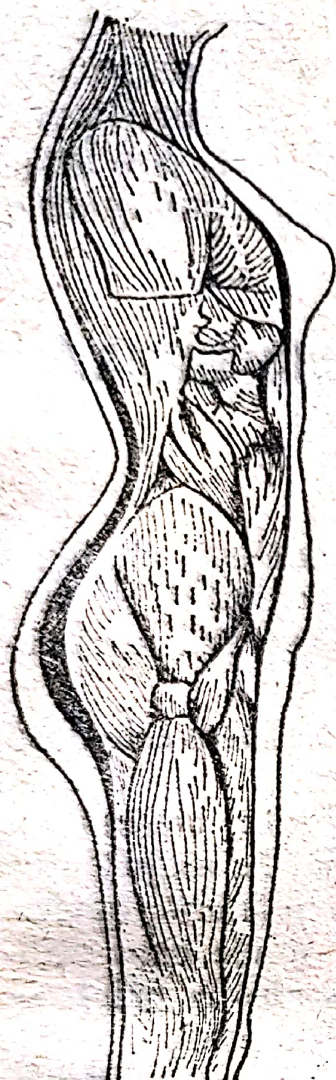


Fig. 20 — Distribuția țesutului adipos la bărbat (în negru) și la femeie (în alb) (după Ionescu și Dumitrache).

Efortul controlat favorizează creșterea debitului sanguin, vascularizația, hipertrofia musculară, dezvoltarea armonioasă a tuturor grupelor musculare, contribuind astfel la asamblarea ținutei, forței fizice, echilibrului în reflexele musculo-cardiace, musculo-neuro-psihice (percepția prorpioceptivă pozitivă).

Pentru optimizarea morfofuncțională musculară în scopul adaptării cît mai adecvate la viață, profesiune etc. exercițiile fizice, aportul pot obține în această perioadă o mai mare forță, amplitudine, automatizare, abilitate specializată din partea acestora.

Sistemul osos: contribuie cel mai mult la dimorfismul sexelor prin amplificările somatometrice în special ale diametrului biumeral la bărbați și biotrohanterial la femei, imprimînd o conformație generală în triunghi isoscel cu baza în sus la bărbați și cu baza în jos la femeie.

Calcificarea nucleilor de osificare ca și închiderea liniilor de osificare (diafizo-epifizare) se produce la 16 ani la femeie și la 19—20 ani la bărbat, moment de definitivare a creșterii în înălțime, după cum se vede, în favoarea sexului masculin.

În perioada aceasta de creștere precipitată a oaselor pot apărea așa-numitele „dureri de creștere" interpretate a fi rezultatul unui disinergism musculo-osos funcțional reliefat și prin aspectul statural disarmonic încă (picioare mai lungi, curbatură dorsală, lordoză) aspecte care se pot corecta, estompa cu atît mai mult cu cît o cultură fizică armonioasă se instituie mai precoce (încă de la 12—14 ani).

Toracele și plămînii: pe lîngă diferențierile statice, creșterea diametrelor la bărbat față de femeie, cu echivalențele respective ale capacității virale, se poate observa și o diferențiere funcțională și anume respirația de tip toraco-abdominal la bărbat și toracic-superior la femeie.

Mai mult ca în orice compartiment biologic, se poate observa și o rezistență imunologică mai mare față de accidente infecțioase, frecvente în perioada copilăriei la nivelul aparatului respirator.

Aparatul cardio-vascular: este deosebit de solicitat și de remaniat în această perioadă de viață datorită necesităților în dezvoltarea diferitelor sectoare somato-funcționale. Astfel, cordul se dublează în volum, crește evident volumul masei sanguine, crește tensiunea arterială de la Mx 11, 5±2 cmHg — Mn 6±1 cmHg — la 14 ani, la Mx 13,5 și Mn 8 — la 16 ani, creșterea concentrației de hemoglobină cu 1—2 g % mai mult la băieți decît la fete.

Cu toate aceste schimbări de adaptare la necesitățile periferice, nearmonizarea definitivă neuro-endocrino-viscero-somatică face să apară, mai ales la solicitările efortului, o tahicardie, denivelări-supranivelări ale tensiunii arteriale etc., exprimate pe plan clinic prin palpitații, dispnee, lipotimie (ortostatică), oboseală, eritrocianoză tegumentară, eretism cardiac, extrasistole, prezența zgomotului III sufluri funcționale (30—60%) („inima instabilă" — Lian).

Toate aceste fenomene sînt pasagere, cu reveniri prompte la repaus și mai ales în timp, după o armonizare generală spontană sau cultivată prin sport controlat.

Aparatul renourinar: datorită creșterii bruscе în înălțime cu exprimarea lordozei etc. se poate ivi la această vîrstă, în mod relativ frecvent, așa-numita albuminurie ortostatică, mai ales după eforturi fizice susținute. Este de dorit în aceste cazuri a fi excluse albuminuriile ce pot ascunde o renopatie patentă.

Aparatul genital: testiculele cresc în volum, scrotul se ridează, devine aspru și încrețit, penisul se lungește și se îngroașă, cresc prostata, vezicule seminale și structura lor se diferențiază.

Ovarele cresc de pînă la 20 de ori față de ovarul infantil, pînă la 20—25 ani, uterul se mărește, se lungește și se încovoaie înainte, mucoasa uterină suferă transformări importante, adecvate ciclului hormonal, vulva se închide aparent prin labiile mari pigmentîndu-se în brun.

Menstruația încă adesea insuficient reglată, polimenoreică, precedată de un sindrom premenstrual, anovulară, se normalizează.

Toate acestea, în corelație cu dezvoltarea gonadostatului neuro-hipofizar și cu creșterea morfofuncțională a tiroidei și suprarenalelor ca glande parasexuale, creșterea androsten-

dionului, DHEA și DHEA-sulfat, alături de o creștere a 17-CS și 17-OHCS urinari.

3.2. DEZVOLTAREA NEUROPSIHICĂ

După cum am văzut, perioada adolescenței este caracterizată ca o perioadă de consolidare a unor intense transformări biologice inițiate de pubertate. Concomitent, în contextul hormonal metabolic, se maturează compartimentul neuropsihic.

Marea variabilitate biologică a tipurilor de creștere a indivizilor și a evoluției pubertare poate crea tot atîtea premise în evoluția dezvoltării neuropsihice.

În plus, și mai important este faptul că, dacă în perioada copilăriei, individul a fost protejat sub toate aspectele (material și afectiv) de către mediul paterno-familial, odată intrat în perioada adolescenței, tînărul abordează o lume plină de capcane, primejdii, o lume aspră a muncii și a responsabilității directe.

Noua lui intrare într-un mediu străin (școală, profesie etc.) fără aceeași ocrotire plenară maximală și tocmai într-o perioadă nearmonizată-nematurizată neuro-afectivă, îi creează contradicții apreciabile între disponibilitățile sale vitale asimetrice, în plină expansiune și presiunea socială, ceea ce constituie cadrul așa-zisei „vîrste critice", „vîrste ingrate".

Între circumstanțele complexe: genetice, somatice de vîrstă, pulsiunile instinctuale și cadrul psihologic, gradul de constrîngere socială, în evoluția sa furtunoasă și contradictorie, individul își structurează și conturează trăsăturile sale psihoafective, specifice.

Omul ca „animal cu adolescență întîrziată" (Gori) îndeosebi în sfere neuropsihică, datorită implicațiilor educativ-formative profesionale, ca atare și adolescența sub acest raport, are o limită cronologică care depășește pe cea somatică. Această limită variază după diverși autori: 18 ani — Ajuriaguerra, 21 ani — Feinstein, 25 ani — Garovine, pînă la intrarea în profesie — Erikson. Tocmai de aceea, alți autori subdivizează cronologia adolescenței în: preadolescență, adolescența propriu-zisă și adolescența prelungită;

— preadolescența: familia și cei din jur îl consideră pe adolescent cînd copil, cînd tînăr, o ambiguitate care îi creează acestuia o reacție de irascibilitate-ostilitate în tendința sa de afirmare personală;

— adolescența propriu-zisă (14—15 ani) este marcată de diversificarea și precizarea aptitudinilor particulare, a gîndirii abstracte, îmbogățirea cunoștințelor, socializarea aspirațiilor. Adolescentul își stabilește opțiunile profesionale, își făurește o concepție mai largă a lumii și a vieții dincolo de zidurile casei părintești, capătă depline drepturi și obligații cetățenești prin majorat;

— adolescența prelungită (19—25 ani): este caracterizată prin cîștigarea unei independențe totale sub un statut socio-profesional plin de responsabilitate.

Dezvoltarea sistemului nervos central ca „dispecer" al vieții vegetative și sexualizare somatică și de pe altă parte matrice a psihismului uman, sexualizarea psiho-socială se realizează pe seama dezvoltării unor sectoare, prin armonizarea interfuncțională a acestora.

— Cortexul cerebral, situat pe părțile laterale, interne și inferioare a lobilor frontali se dezvoltă net și în același timp se realizează controlul tonusului afectiv, activarea și preselecția incitațiilor motivaționale, potențarea energetică a comportamentului, realizarea homeostaziei psihofiziologice a organismului.

Cele două emisfere cerebrale se specializează în sensul că emisfera stîngă preia controlul predominanțelor cognitive în timp ce emisfera dreaptă pe cea a vieții afective.

Aria occipitală este aria general asociativă, cu rol în integrarea activităților celorlalte arii asociative, aflîndu-se la confluența acestora (memorie vizuală, controlul vieții emoționale și sexuale).

— Paleocortexul (arhipalium, creierul emoțional-afectiv) este „dispecerul" vieții somato-vegetative și primar afective (similar animalelor), se dezvoltă, corelează și integrează „sistemul sexual" proiectînd în același timp tonusul afectiv necesar selecțiilor corticale și penetranței adecvate în mediul ambiant. Această formațiune alcătuită din hipotalamus și sistemul limfic, este sediul pulsiunilor înnăscute, al dorințelor și amintirilor refulate, dominate de plăcere, satisfacere a libidoului.

Aceste procese primare se concretizează printr-o energie liberă, care se condensează și tinde la descărcare fără raportarea la norme, rațiune, realitate („sinele" descris de Freud).

— Sistemul conștient (cortical) se caracterizează prin procese secundare, elaborate și reglate pe principiul realității cuprinzînd operațiile mintale, achizițiile învățăturii și experiențele practicii sociale. Sistemul conștient filtrează, cenzurează și optimizează sistemul inconștient, adaptîndu-l la

realitatea mediului social prin inhibiţia, refularea pulsiunilor primare, adaptarea descărcărilor acestora, conflictul dintre tendinţele refulate şi cele acceptate ce subvenţionează conştientizarea „Eului".

Modificarea eului de către emoţii, sentimente — racordarea acestuia la normele conştiinţei moral-sociale alcătuiesc „supraeul" (Freud). În sens mai analitic şi mai concret adolescentul îşi polarizează personalitatea în jurul „Sine"-ului, „Eului" şi „Supraeului" prin următoarele ativităţi specifice neuropsihice:

— Memoria atinge performanţe maximale atît prin întărirea atenţiei, dezvoltării sistemului asociativ, cît şi dorinţei interioare de a acumula cît mai multe cunoştinţe.

— Imaginaţia cuprinde toate posibilităţile de reprezentare mintală a vieţii intelectuale.

— Raţionamentul logic, stimulat de schimburile instructiv-educaţionale, şcolare şi profesionale care încearcă să analizeze, să claseze, să compare şi să aprecieze critic în raport cu practica, cu ajutorul sistemului verbal, a simbolurilor, a structurilor sintactice etc., dezvoltă abstractizarea. În acest context adolescentul prezintă un interes tot mai mare pentru cunoştinţele de psihofiziologie, nu fără a raporta uneori totul la persoana sa şi aceasta într-o manieră foarte subiectivă.

— Afectul: dezvoltarea afectivităţii la această vîrstă este tot aşa de importantă ca şi dezvoltarea somato-viscerală, aceasta reliefîndu-se la deschiderile exocentrice bazate pe simpatie, prietenie (în locul egocentrismului, cloazonarea infantilă).

Deseori această afectivitate se concretizează în jurnale intime, încercări literare lirice, apoi sentimentalitatea adolescentină este reprezentată de tendinţe vagi de apropiere şi tandreţe faţă de sexul opus, înainte de apariţia dorinţei sexuale şi mult peste cadrul restrîns al acesteia.

Reveriile sentimentale, introspecţiunea, cu extremele lor de exaltare sau melancolie, iau diverse coloraturi după particularităţile individuale somatice (dismorfismul somatic de vîrstă, probleme de estetică personală) sau neuropsihologice (echilibrul mintal înnăscut sau subvenţionat de mediu).

Aceste confruntări cu sine însuşi dezvoltă intelectul, afectivitatea, luciditatea raţională, imboldurile la încercarea în viaţă concretă conform cu autovalorificarea personală.

În acest sens este necesară intervenția în primul rînd a familiei, școlii pentru „culturalizarea" afectivă în consens cu principiile etice și cu cerințele sociale.

Acumularea numai de cunoștințe profesionale, fără inserarea lor pe o afectivitate tonică și dinamică va deveni o problemă de sănătate mintală pentru viitorul adult.

— Comportamentul: ca expansiune exterioară a tuturor funcțiilor psihice de bază amintite cunoaște în această perioadă variații cu o dinamică foarte contorsionată, bizară, uneori „anormale". Adolescența este o perioadă a „anormalităților normale" (Hunter), ceea ce îndreptățește termenul de „criză juvenilă" (Debesse).

Această criză juvenilă prezintă trei etape mai importante: perioada revoltei, perioada închiderii în sine și perioada exaltării, afirmării.

Perioada revoltei se concretizează prin refuzul subiectului de a mai primi sfaturi, de a se supune oricărui ordin (chiar dacă în sine acceptă autoritatea) prin atitudinile pe care le afișează, arătînd că e constrîns să procedeze astfel, ca o reacție la amăgirile copilăriei cu basmele naive, la tabuurile cultivate de părinți, la lipsa delimitărilor între adevăr și minciună, între realitate și ficțiune. Revolta se îndreaptă împotriva părinților, școlii dar și împotriva moralei, politeței, care i se par încărcate de ipocrizie și ridicole.

Aceste manifestări de nesupunere tulbură profund pe părinții neavizați creindu-se tensiuni neplăcute în climatul familiar pînă acum senin, fericit și plin de speranțe.

Atunci cînd intervin și neînțelegerile în interpretarea și conduita părinților (măsurile drastice și traumatizante față de aceste devieri insolente și pline de nerecunoștință din partea tînărului), acesta, dezorientat și nereușind să înțeleagă reacția părinților și să treacă victorios peste ea, se închide în sine.

Perioada închiderii în sine este o introspecțiune de unde tînărul își pîndește noile reacții, căutînd să le interpreteze într-un stil meditativ, etapă în care se perfecționează evoluția psihologică a tînărului, fiind perioada formării Eului. Deseori această fază poate aluneca spre o linie negativă cu tendința la izolare, timiditate și anxietate în relațiile interpersonale.

Perioada de exaltare-afirmare: autoanaliza din perioada retragerii în sine, cu trecerea în revistă, inventarierea posibilităților de care dispune, alături de disponibilitatea resur-

selor de energie ce înglobează toate instanțele emoționale și instinctive, fac ca tînărul să dorească valorificarea lor imediată și integrală după legea „tot sau nimic".

Tendința la bravadă, căutarea riscurilor spectaculoase pentru impresionarea celor din jur (inclusiv a sexului opus) sînt echivalente ale afirmării și depășirii de sine care trebuie luate ca atare, ca o școală de „încercare" față de solicitările vieții, dar cu corectarea acestor atitudini, înlocuirea hazardărilor imprudente cu luciditatea rațională, cu adecvarea soluțiilor în fața riscului (mai ales în unele activități îndrăgite de tineri — alpinism, planorism, parașutism, înot subacvatic etc.).

Stilul ostentativ în vestimentație, aderarea la unele mode extravagante, esconsiderarea sfaturilor părintești, ale școlii, teribilismul în comportare, fac parte din suprastructura dorinței sale de afirmare.

Cu ajutorul lecturii, a *mass mediei*, a idolilor personali (profesori, personalitățiii din istoria universală, actori-actrițe de cinema etc.), tînărul își lărgește capacitățile intelectuale și afective, descoperă valorile estetice, morale, afiliindu-se unor sisteme filozofice, unor curente ideologice cu tot nonconformismul, nontradiționalismul, entuziasmul, generozitatea sa pînă la sacrificarea personală pentru salvgardarea spiritului de dreptate, echitate, sau a altor înalte idealuri socio-morale.

Odată cu maturizarea și experiența socială, îmbogățirea experienței, criteriile de comparație și evaluare, tînărul începe să cunoască relativitatea unora din aceste valori care nu mai prezintă o calitate indiscutabilă, trăsăturile crizei se șterg. Acțiunea și realul înlocuiesc treptat visarea și aduc pe făgașul normalului toate excrescențele comportamentale, de altfel inofensive și trecătoare.

Încet și pe nesimțite se conturează personalitatea:

— personalitatea feminină caracterizată prin: emotivitate, răbdare, pasivitate, intuiție afectivă, migală, bunăvoință, tendință la o viață vegetativă, grija față de cămin, dragoste de sine, grijă față de părerea altor persoane despre ea etc.;

— personalitatea masculină caracterizată prin voluntarism, combativitate, intransigență, dorință de afirmare și dominare, o mai bună orientare în spațiu, tendința la abstractizare, generalizare etc.

Posibilitățile de dezvoltare sau stînjenire a inteligenței, a timiei, a personalității în devenire, sînt prospectate de ca-

litățile sau defectele genetice proprii individului; dar ele sînt dinamizate, devin efective în milocul realităților mediului solicitant sau stresant (starea de sănătate, ambianța familiară sau colectivă, condițiile de muncă, relațiile interumane etc.).

Diversele studii efectuate conchid că, deși unele manifestări în comportamentul adolescentului sînt bizare, zgomotoase și uneori dramatice în raport cu comportamentul anterior, aceste aspecte nu fac decît să sublinieze caracterul de „criză" prin care trece tînărul, o criză „normală" cu aspecte care nu surprind pe psihologul versat în psihologia tînărului, a noilor și vechilor generații etc.

Încă de acum două milenii Socrate spunea despre tineretul atenian: „astăzi tineretul iubește luxul; are obiceiuri rele, disprețuiește autoritățile, nu-i respectă pe bătrîni și pălăvrăgesc în loc să lucreze; tinerii nu se ridică în picioare atunci cînd intră cineva mai în vîrstă decît ei, își contrazic părinții, vorbesc cu emfază, înfulecă la masă și tiranizează rudele".

Și totuși adolescența reprezintă o placă turnantă cu un caracter deosebit, de o complexitate majoră, încadrarea unor manifestări normal-patologice nefiind infailibile și cuprinzătoare nici pentru specialiști.

Dinamica psihică este în permanentă confruntare cu forțele pulsionale și ale Eului, „aparatul psihic fiind teatrul unei intense circulații de afecte" (Policier).

Pe cărările încîlcite ale motivațiilor, mediului, conflictelor și adaptării, perspectiva dezvoltării personalității rezervă multe necunoscute.

Există o serie de tineri care în aparență, în limitele accepțiunii particularului uman individual, în cadrul unor condiții homeostatice favorabile, nu creează nici o problemă. Dar, în anumite condiții de tensiune fiziologică (adolescență, menstruație, sarcină, anumite boli, infecții) sau din partea mediului (stresul fizic, social, psihologic) dau la iveală unele asperități psihologice.

Acești indivizi au fost numiți „normali la limită" (engl. borderline = limită), „caractere anormale", „personalitate psihopatică", termenul cel mai încetățenit este acela de „personalitate disarmonică".

Acești indivizi, pe o perioadă mai scurtă sau prelungită, mai estompat sau mai șocant, pot prezenta relații interumane instabile și intense, marcate de modificări inadecvate de

atitudine, autoaprecire, manipularea altor persoane în scopuri personale, relații sexuale precoce, inițial idealizate apoi întrerupte brusc (și regretate mai tîrziu), accese de violență, fuga de la domiciliul părinților, consumul de droguri, de alcool, angajarea în jocurile de noroc, cheltuieli exagerate, inadaptabilitate profesională, mitomanie, excrocherii.

Se conturează astfel tipul hipermotivului, instabilului, salbului psihologic, ciclotimicului, excitabilului, paranoidului, schizoidului, epileptoidului, histeroidului, moduri existențiale de a fi ca structură intimă particulară.

Disarmonicul se dezangajează activ de orice situație care îi impune coparticipare, un asteno-infirm al balanței persoană-societate, proiectîndu-se într-o lume lipsită de criterii etico-morale. Disarmonicul este un „bolnav axiologic" permanent preocupat să acorde în sens invers sistemul de valori al societății cu propriul său etalon, este deci un „disocial", „receptiv" la influențele negative socio-subculturale, în primul rînd dintr-o dispoziție spre paradă, spre ostentație.

Acești indivizi, puțini în mijlocul unui mediu echilibrat și educativ, cu limitarea progresivă a ocaziilor deviante, se reintegrează social.

Comportamentul patologic

Există unele situații care, dacă nu ar surveni cu o frecvență atît de mare și trecător în perioada adolescenței, ar ieși din cadrul preocupărilor acestei lucrări și ar intra direct în preocupările psihopatologiei.

Cu excepția anorexiei mintale, nu se poate vorbi de o psihopatologie specifică adolescenței. Pe de altă parte, însă, apariția unor simptome grave în adolescență (perioada marilor seisme neuropsihologice „fiziologice"), chiar dacă ele se șterg pe parcurs, reprezintă un semnal de alarmă pentru adultul de mai tîrziu.

Pe o treaptă real patologică, sau cel puțin de suspiciune majoră, sînt considerate următoarele aspecte:

— Evadarea din căminul parental, fuga: este o conduită deviantă, relativ frecventă în adolescență, încadrîndu-se pe de o parte din tendința naturală a adolescentului de a se „desprinde", de a se opune, de aventură, iar pe de altă parte, în circumstanțele patologice se poate suspiciona o nevroză, o epilepsie, o oligofrenie. Fuga se poate manifesta și față de unele obligații de ordin social (școală, loc de muncă, stagiu militar), semnificînd o lipsă de rezistență sau o reacție paradoxală la frustrare.

În practică este foarte greu de deosebit fuga cu sau fără semnificație patologică.

— Comportamentul agresiv și delincvența juvenilă *(„conduct disorders")*: reprezintă atitudini și acte susținute și repetitive, de aspect antisocial cu manifestări de violență, agresivitate explozivă. Acestea pot avea diferite grade: maltratări ale fraților și prietenilor mai mici, disprețul și ostilitatea de tip paranoic, furt, huliganism, viol, perversiuni sexuale.

În geneza lor pot fi incriminate imaturitatea afectivă, intelectul liminal, dezvoltarea disarmonică a personalității la care nu trebuie neglijate nici unele traumatisme, infecții, toxice cu răsunet cerebral (stări psihopatoide) în antecedentele acestor indivizi.

— Toxicomaniile reprezintă o dublă deviație: psihologică și socio-culturală, marginalizarea socio-culturală. Alienarea adolescentului cu refugiul său în alcoolism, stupefiante etc., existența unor episoade confuzionale și suprapunerea cu alte sindroame psihopatologice, fac din toxicomani o problemă redutabilă la această vîrstă.

— Delincvența sexuală: mai frecventă la băieți, este rezultatul modificărilor sociale aparent nesemnificative, relaxarea frînelor morale sociale, așa-numita „revoluție sexuală" din societățile de consum, alături de diminuarea autorității parentale și complezenței *mass-mediei*. Pentru fete un rol hotărîtor îl au evaziunile extraconjugale ale mamei.

— Comportamentul suicidar: amenințarea, tentativa sau chiar comiterea, nu sînt rare la adolescenți. În unele țări această autosuprimare fizică a ajuns o a doua cauză de mortalitate la această vîrstă.

În marea majoritate a cazurilor este vorba de o manifestare reactivă (frustarea afectivă familiară, erotică etc.), cu o motivație aparent superficială, din care nu lipsește nevoia de înțelegere și de apreciere din partea anturajului, o dorință de autovalorizare și identificare.

Repetarea, însă, a acestor „acte de curaj" trebuie să dea de gîndit în privința debutului unor psihoze primare (depresii, schizofrenie) sau secundare (infirmități fizice, boli cronice).

Experiențele pe antropoide, studiile făcute asupra mediului, eredității, psihofiziologiei, modalitățile de apariție și de dezvoltare a acestor derapări antisociale, au arătat importanța deosebită a privării afective în copilărie, separația

parentală și în special cea maternă în primii cinci ani de viață, rejecția și devierile parentale care îl fac pe individ incapabil de rezonanța afectivă, „răceală afectivă" în relațiile interumane.

Este mai puțin clar dacă tatăl absent psihologic are consecințe de același tip. Consecințele respective, mai importante pentru băieți, realizează defecte de identificare cu alunecarea spre delincvențele exterioare.

Aceste aspecte pot fi corectate socio-cultural cel puțin în parte la această vîrstă, mai rar prin coercițiune.

Persistența lor peste vîrsta de 30 ani presupune o psihopatologie patentă cu sorți minori de influențare, de recuperare. În această situație vorbim de o psihopatie socio-genetică a personalității.

Am insistat ceva mai mult asupra acestor aspecte, deoarece ele emană preponderent din remanierile biologice de sexualizare ce reprezintă baza psihogenezei la această vîrstă.

În același timp trebuie accentuat rolul educativ al familiei, școlii, societății atît în antrenarea cît și în corectarea-anularea unor excrescențe nedorite ale personalității tînărului aflat în perioada cea mai fragilă, confuză și mai dezorientată a vieții sale psihice.

Fără o oarecare orientare în această problemă, părinții surprinși și contrariați de atitudinile tînărului adolescent vor proceda de cele mai multe ori cu duritate neadecvată, ceea ce va mări dezorientarea acestuia și distanțarea sa de părinți, școală, aliniindu-se grupurilor, liderilor, prietenilor gata să-i ofere facilități dubioase.

În situațiile mai dificile este de dorit să se apeleze la un psiholog-psihiatru pentru a para intervențiile coercitiv-educative sociale.

Bibliografie selectivă

Athanasiu A. — Elemente de psihologie medicală, Ed. Medicală, București, 1983

Baciu I., Derevenco P. — Bazele fiziologice ale ergonomiei, Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1984

Biltman E. — Cibernetică și biologie, Ed. Științifică și Enciclopedică, București, 1974

Cristescu Maria — Aspecte ale creșterii și dezvoltării adolescenților din R.S.R., Ed. Academiei R.S.R., 1969

Eliade M. — Romanul adolescentului miop, Ed. Muzeul Literaturii Române, Bucureşti 1988
Enăchescu C. — Igiena mintală, Ed. Medicală, Bucureşti, 1979
Fodor A. — Biologie şi vîrstă, Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1971
Gorgos C-tin. — Dicţionar enciclopedic de psihiatrie, vol. I, Ed. Medicală, Bucureşti, 1987
Haţieganu I. — Cuvinte înţelepte, Ed. Medicală, Bucureşti, 1984
Mărgineanu N. — Adolescenţa, aspectul ei bio-psiho-social şi cultural (Biologie şi vîrstă), Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1971
Milcu Şt. — Omul în lumea contemporană, Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti, 1972
Mureşan P., Prisăcaru C. — Valorile somatometrice ale populaţiei din R.S.R., *Igiena*, 1972, 21, 11, 655
Popovici L., Haulică I. — Patologia sistemului nervos vegetativ, Ed. Medicală, Bucureşti, 1982
Pora E. — Homeostazia. Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti, 1981
Rousselt Y. — Adolescentul, acest necunoscut, Ed. Şt. Encicl. Bucureşti, 1969
Ursoniu C. — Igiena sexuală, Ed. Facla, Timişoara, 1980
Văleanu V., Daniel C-tin — Psihosomatica feminină, Ed. Medicală, Bucureşti, 1977
Zisulescu Şt. — Adolescenţa, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1966

4. Perioada adultă a ontogeniei sexuale

(Sistemul sexual matur)

4.1. GONADOSTATUL NEUROVEGETATIVO-HIPOFIZAR, DE COMANDĂ ŞI INTEGRARE

În perioada activităţii sexuale mature, sexualitatea şi-a construit deja propriul său edificiu, ca o „grafă", avînd propria sa evoluţie biologică, pe organismul care o găzduieşte temporar. Ea dispune de structuri-dispozitive, de un sistem de informaţii, utilizează mesageri şi are receptori proprii.

Aceste atribute structural-funcţionale şi comportamentale alcătuiesc un adevărat sistem, diferenţiat de celelalte sisteme somato-viscerale ale individului, bine înţeles nu fără intricările de rigoare în organism ca unitate biologică.

Acest sistem este alcătuit din o serie de verigi complet individualizate structural, dar independente funcţional. Acest lanţ se întinde pe un ax cu doi poli mai importanţi: polul central coordonator-integrativ (neurostatul hipotalamo-hipofizar) şi polul periferic (gonadele).

Atît la bărbat cît şi la femeie sistemul nervos central se dezvoltă pe aceleaşi principii, în timp şi spaţiu, conform programului genetic (cronogenetica), pecetea sexualizării fiecărui neuron avîndu-şi importanţa sa, ea materializîndu-se probabil din perioada embriofetală.

Am mai amintit de confluenţa asociativă integratoare a corticalităţii lobilor frontali şi occipitali. De asemenea s-a mai amintit de preponderenţa implicării emisferei cerebrale drepte în procesele afective.

Maturizarea acestor sectoare, apte de a amorsa pe calea receptorilor senzoriali (receptivitatea de relaţie: foto-, sono-, chemo-, baroreceptori), elementele nespecifice de mediu

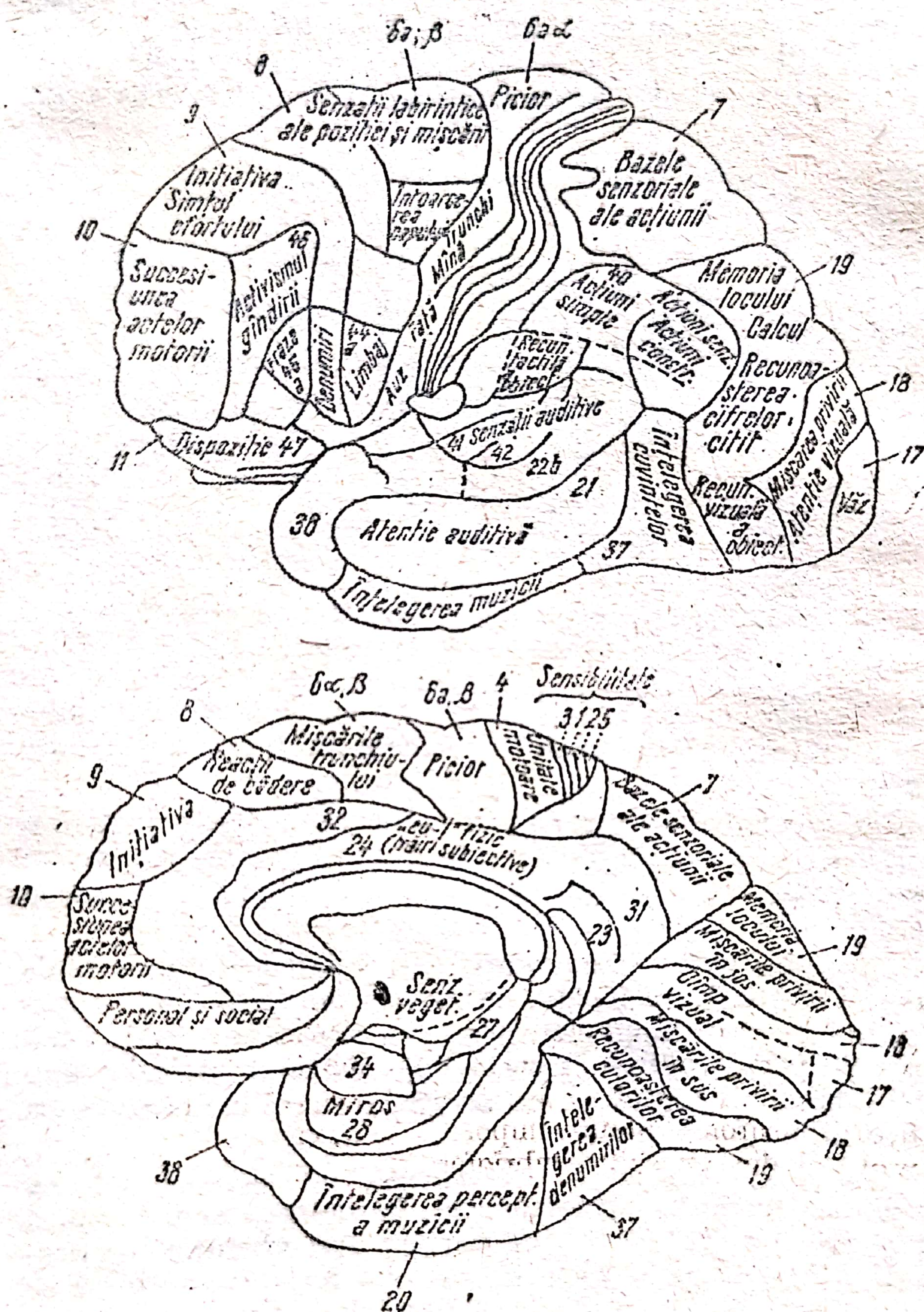


Fig. 21 — Harta localizărilor cerebrale imaginată de Kleist (simplificată).

(lumina, căldura), cît mai ales cele specifice (elemene de surescitare sexuală oferite de sexul opus sau de simbolică oferită de *mass-media* etc.), recepționează, analizează, cenzurează, casează sau amplifică, modulează (în funcție de disponibilitățile biologice excitație-inhibiție), drenînd informația spre centrii nervoși intermediari din mezencefal, centrocefal.

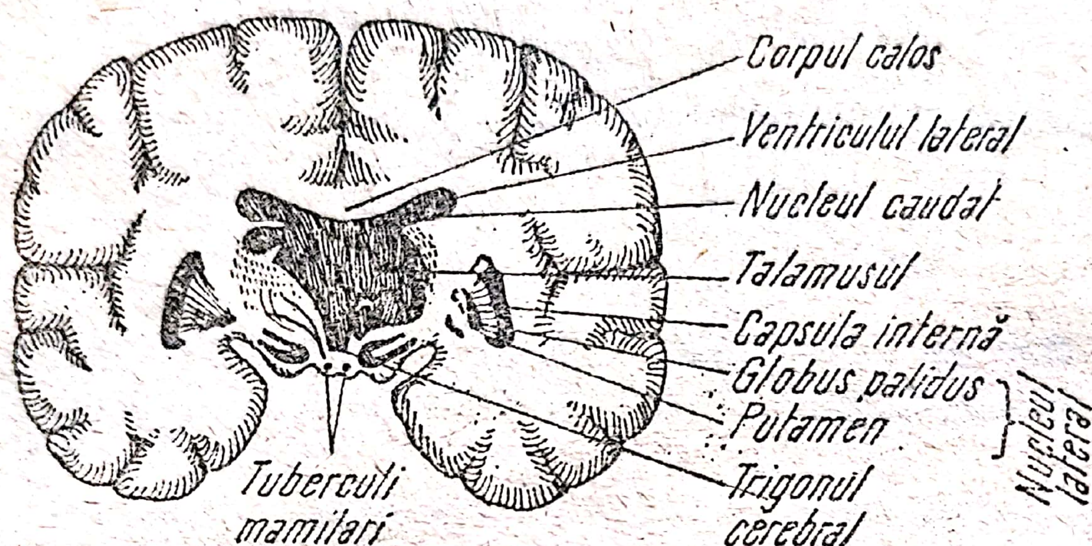


Fig. 22 — Corpii striați (secțiune sagitală prin encefal) (după Voiculescu și Petricu).

Aceștia constituie suportul anatomic al funcției de integrare interemisferică, unități coerente ale proceselor psihice neurale.

Vehicularea materială a informației se face pe cale neuroelectrică în interferență cu cea biochimică (amine biogene ca: dopamina, catecolamina, acetilcolina, serotonina, histamina etc.).

Acești centri intermediari sînt: talamusul [grupuri de nuclei care asigură funcția de releu a sensibilităților nespecifice legate de ritmul nictemeral și a proceselor afectiv-emoționale (fenomenul de „recrutare")]; sistemul reticulat limbic (hipocamp, cornul Amon, amigdala) cu rol în afectivizarea tonalizarea informației).

Această penetranță descendentă pe treptele releelor amintite (inclusiv hipotalamusul), în virtutea unui fenomen fundamental de esență cibernetică (reverberația cortico-subcortico-corticală) face ca excitația forjată emotiv să se reîntoarcă spre corticalitate, determinînd structurarea comportamentului exterior în raport cu aceleași elemente excitatorii din mediu, în speță comportamentul sexual.

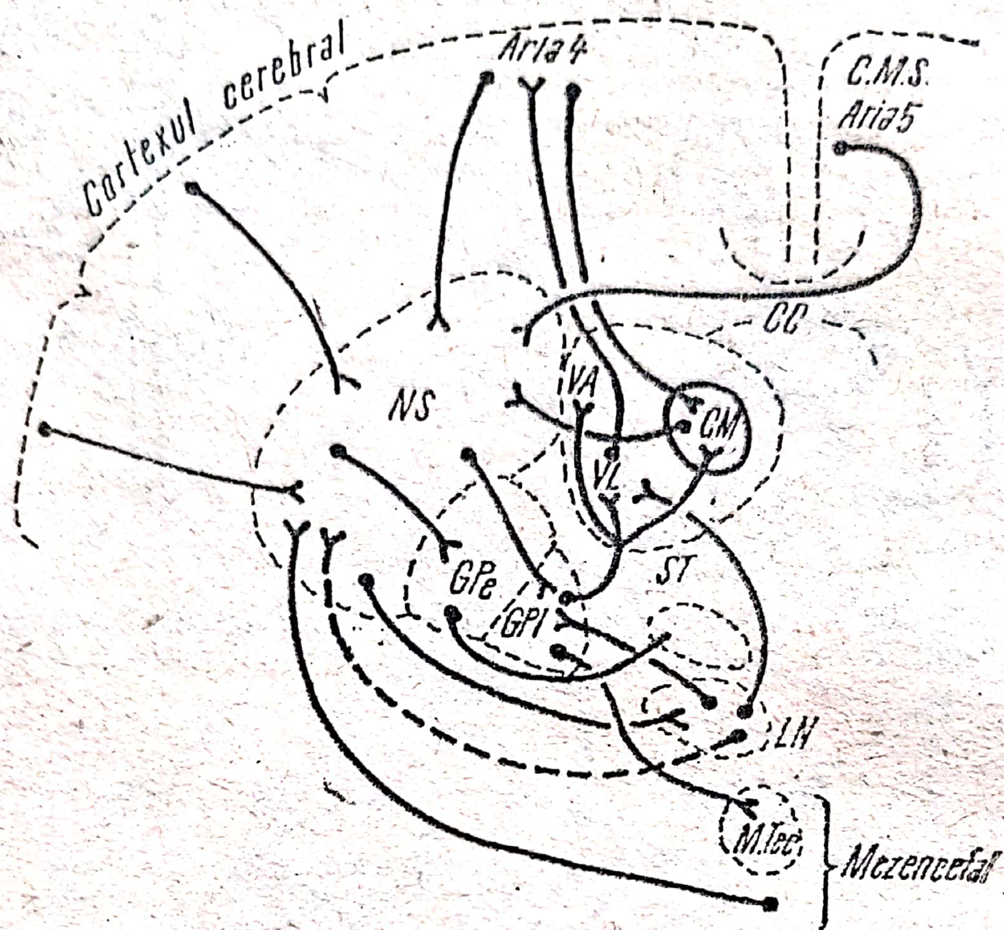


Fig. 23 — Conexiunile neo- şi paleostriatului.

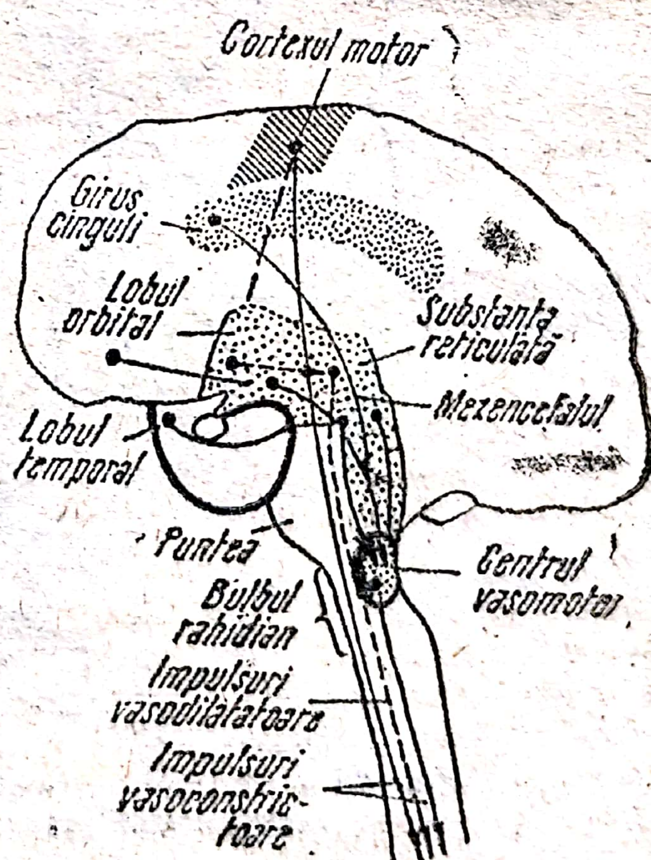


Fig. 24 — Formaţiuni integratoare cortico-subcorticale (după Guyton).

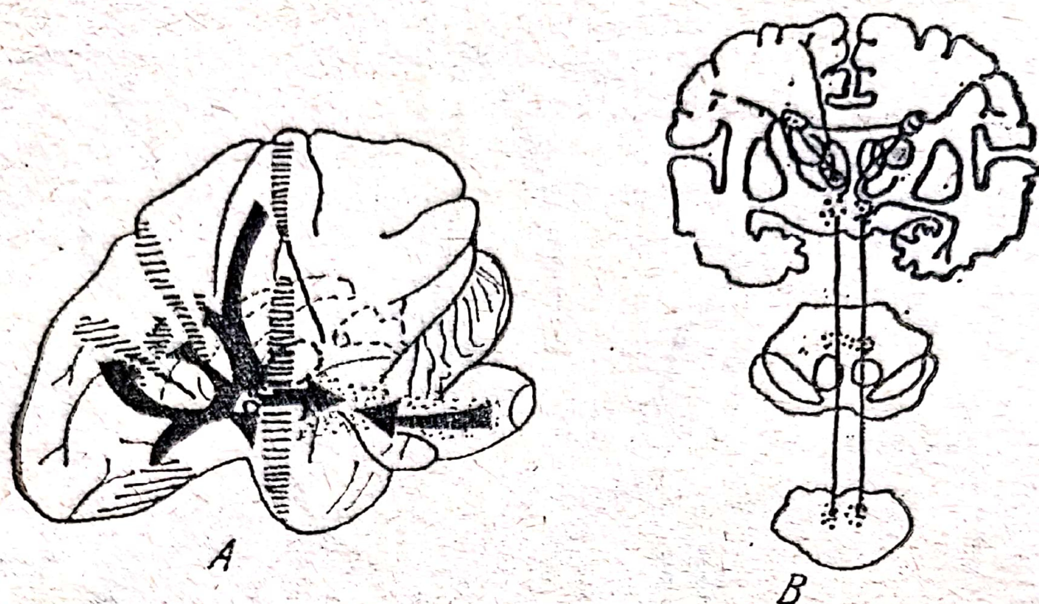


Fig. 25 — Schema formațiunii reticulate a trunchiului cerebral. A — proiecțiile ei corticale; B — organizarea topografică.

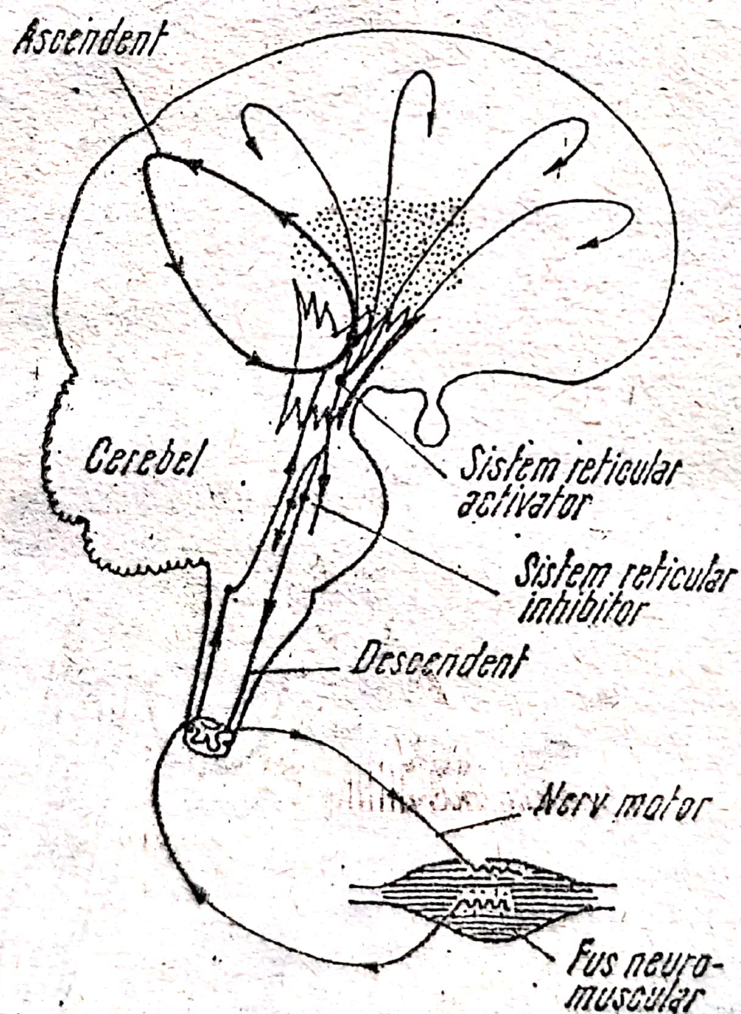


Fig. 26 — Sistemul reticular activator ascendent și inhibitor descendent.

Din cele de mai sus se degajă faptul că centrii amintiți, matrice materială activă a cerebralității neuropsihice, au rolul pe de o parte în a proiecta în afară rezonanța clocotului sexualității biologice, proiecție cu bătaie mai scurtă (comportament și selecția partenerului sexual) sau cu bătaie mai lungă

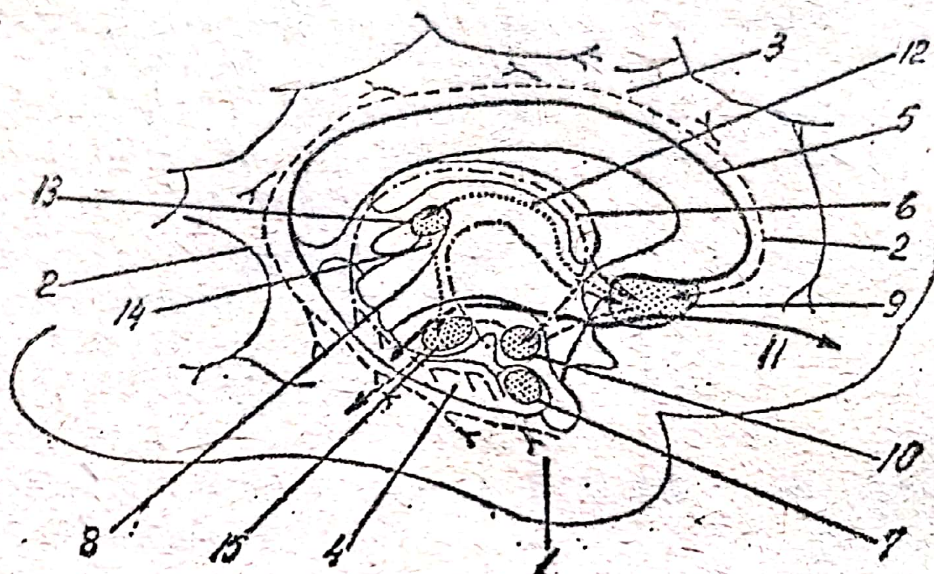


Fig. 27 — Reprezentarea schematică a sistemului limbic (modificat după Guerin și colab.): 1 — girusul parahipocampic; 2 — cingulum; 3 — girusul cingular; 4 — hipocampul ventral; 5 — hipocampul dorsal; 6 — fornix; 7 — corpul amigdaloid; 8 — stria talamică; 9 — ariile septale; 10 — hipotalamus; 11 — căi directe cortico-bulbare; 12 — atria medulară; 13 — ganglionul habenulei; 14 — fasciculul retroflex; 15 — mezencefalul.

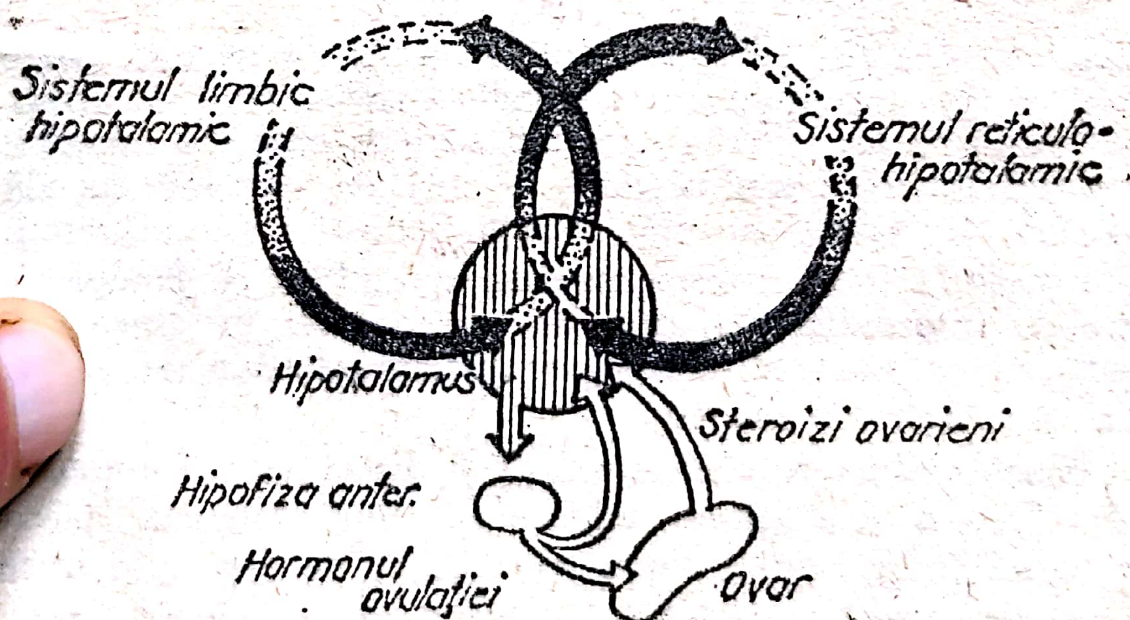


Fig. 28 — Sistemul limbic.

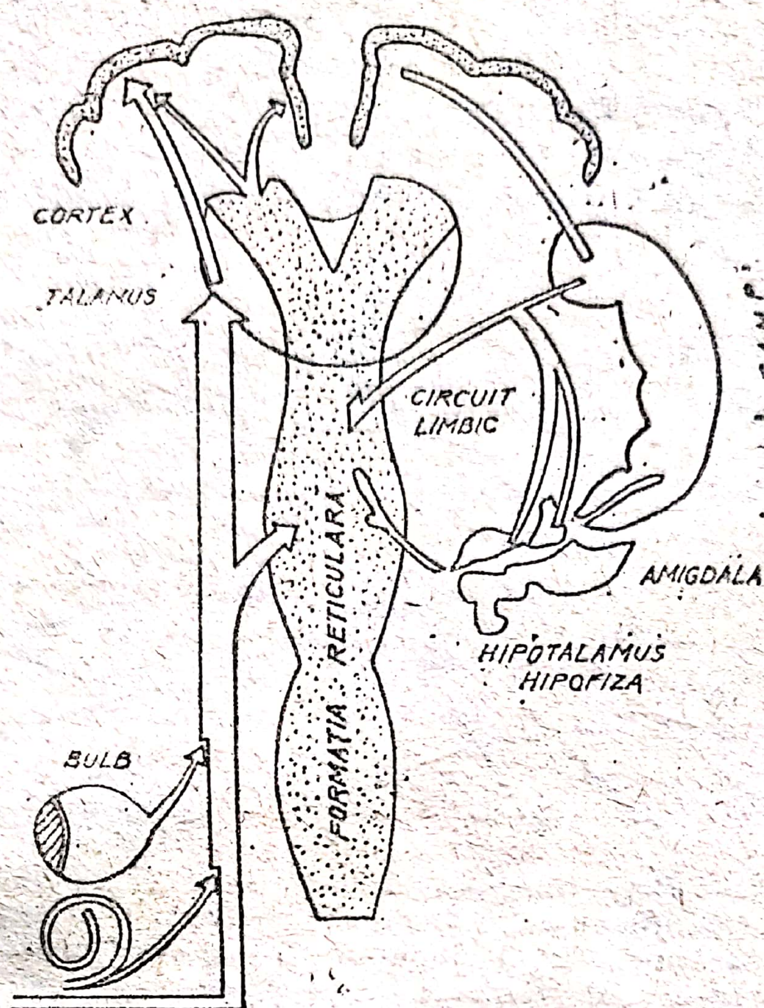


Fig.29 — Schema interacțiunilor neuro-endocrine între sistemul limbico-hipotalamic, reticulo-hipotalamic, hipofiza anterioară și gonade (după Sawyer și colab.).

(folklor, instituții adecvate, spitale etc.); pe de altă parte acești centri recepționează ritmurile cosmosului fizic armonizîndu-le cu bioritmul sistemului sexual, empatia imaginii partenerului precum și normele, factorii de modelare socială (morală, legislație, cultură, știință, educație sexuală etc.).

Întregul sistem neuropsihic amintit, cu întreaga complexitate de informații aferente, este concentrat în rinencefal (paleocortex, cortexul arhaic) cu sistemul limbic (la rîndul său cu o serie de nuclei).

Rinencefalul are strînse relații și direcționează impulsurile către o formațiune subiacentă, hipotalamusul, placa turnantă între centrii superiori — viața de relație și între sistemele somatovegetative, inclusiv viața sexuală, zona vegetativă supraelementară de automatizare și asociație.

Hipotalamusul este „acea zonă mediană și arhaică a bazei creierului pe care o poate ascunde unghia policelui și în care se află resortul esențial al vieții instinctive și afective, pe care omul s-a străduit să-l acopere cu o scadență, un cortex de inhibiție" (Cushing).

Pentru rolul său fundamental și cuprinzător hipotalamusul a primit diverse denumiri: „răspîntie somatopsihică" (Claude), „răspîntie psihosomatică" (Decourt), „creier-afectiv" (Haskorteck), „creier neurovegetativ" (Fulton), „creier neuroendocrin", „*pacemaker* diencefalo-hipofizar" (Fochini), „integrator al sferei instinctelor" (Delay), „ceasul periodicității și ritmicității" etc.

Structura neuronală și vasculară a hipotalamusului este foarte complexă, ceea ce demonstrează implicația sa funcțională la fel de complexă: hipotalamusul anterior cu nucleii supraoptici și paraventriculari; hipotalamusul median cu nucleii dorso- și retromedian și nucleul arcuat; hipotalamusul posterior cu nucleii premamilari. Acești nuclei se interconectează cu diverse regiuni ale creierului (zone optice, olfactive, acustice, talamus, epifiză, hipofiză) și dispune de un debit sanguin corespunzător cu intensitatea funcționalității lor (Fulton).

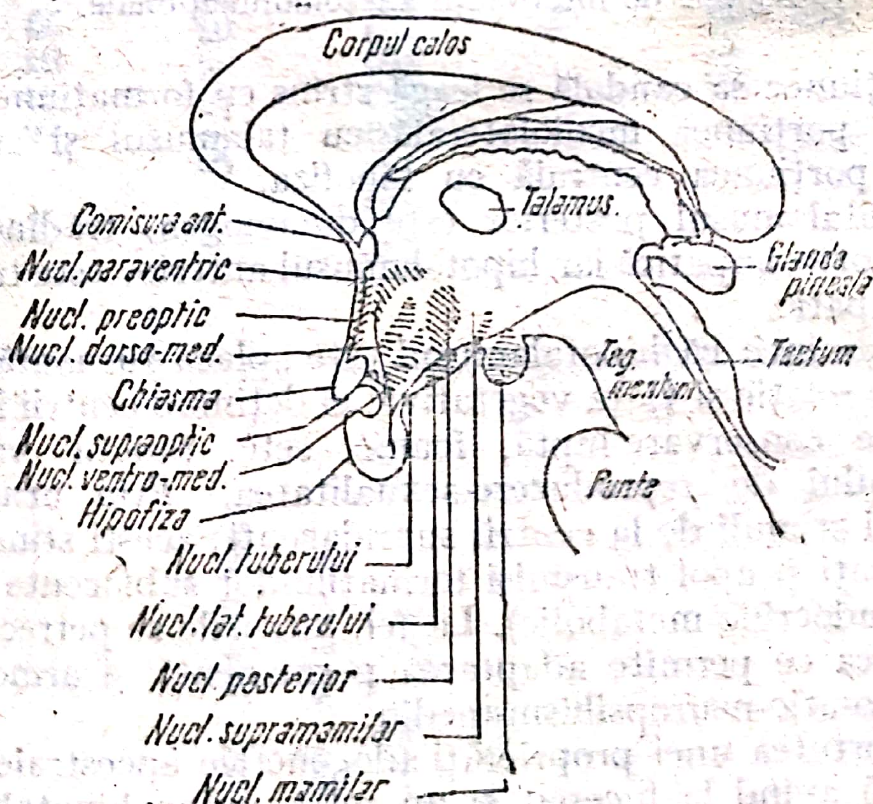


Fig. 30 — Nucleii hipotalamusului.

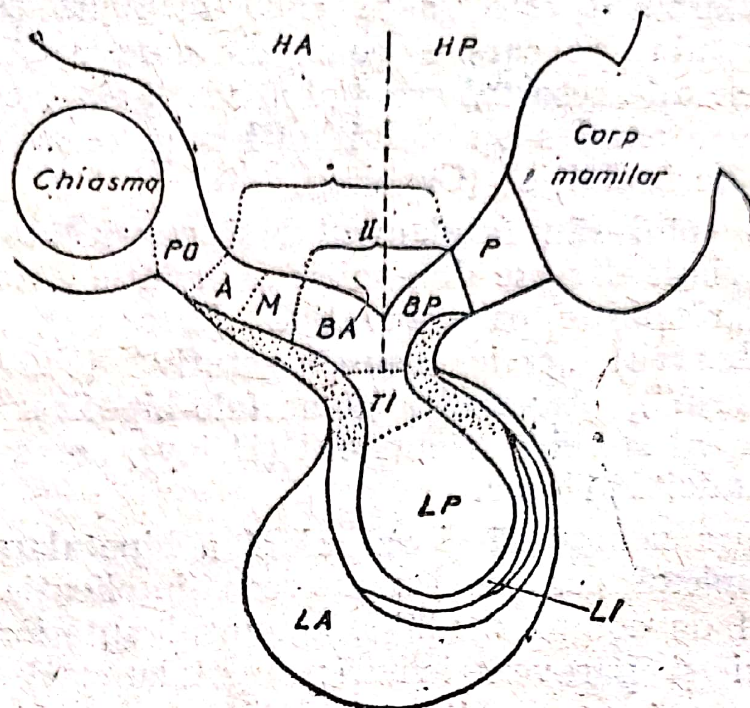


Fig. 31 — Organul diencefalo-hipofizar. HA — hipotalamus anterior; HP — hipotalamus posterior; LA — hipofiza anterioară; LP — hipofiza posterioară; LI — locul intermediar; BP brațul posterior; PO — aria posterioară; — A, M, P — părțile anterioară, medie și posterioară a tuber-cinereum; I — eminența mediană; II — regiunea tijei; punctat — partea tuberală, regiune de interrelații anatomofuncționale.

Porțiunea sa caudală se leagă strîns cu formațiunea reticulară; porțiunea mediolaterală cu talamusul și sistemul limfic, porțiunea centrală cu hipofiza.

Hipotalamusul posterior este dinamogen, trădînd activitatea ortosimpatică iar hipotalamusul anterior este trafogen parasimpatic.

S-a amintit că hipotalamusul este „placa turnantă" între viața de relație și viața vegetativă, el deținînd centrii instinctului de conservare-luptă, foame, sete, funcții viscerale instinctului de reproducere-sexualitatea. Prin urmare el va primi stimuli de la centrii supraiacenți; acești stimuli vor fi integrați și apoi transmiși formațiunilor subiacente (simptomul endocrino-metabolic). La fel, lucrurile se petrec și invers, ceea ce permite adaptarea permanentă și armonioasă între somatic-neuropsihism-mediu.

În virtutea unei proprietăți filogenetice ancestrale celula nervoasă avînd la început și un rol secretor, hipotalamusul cu nucleii săi vor poseda funcții neuro și neurocrinice. Acea-

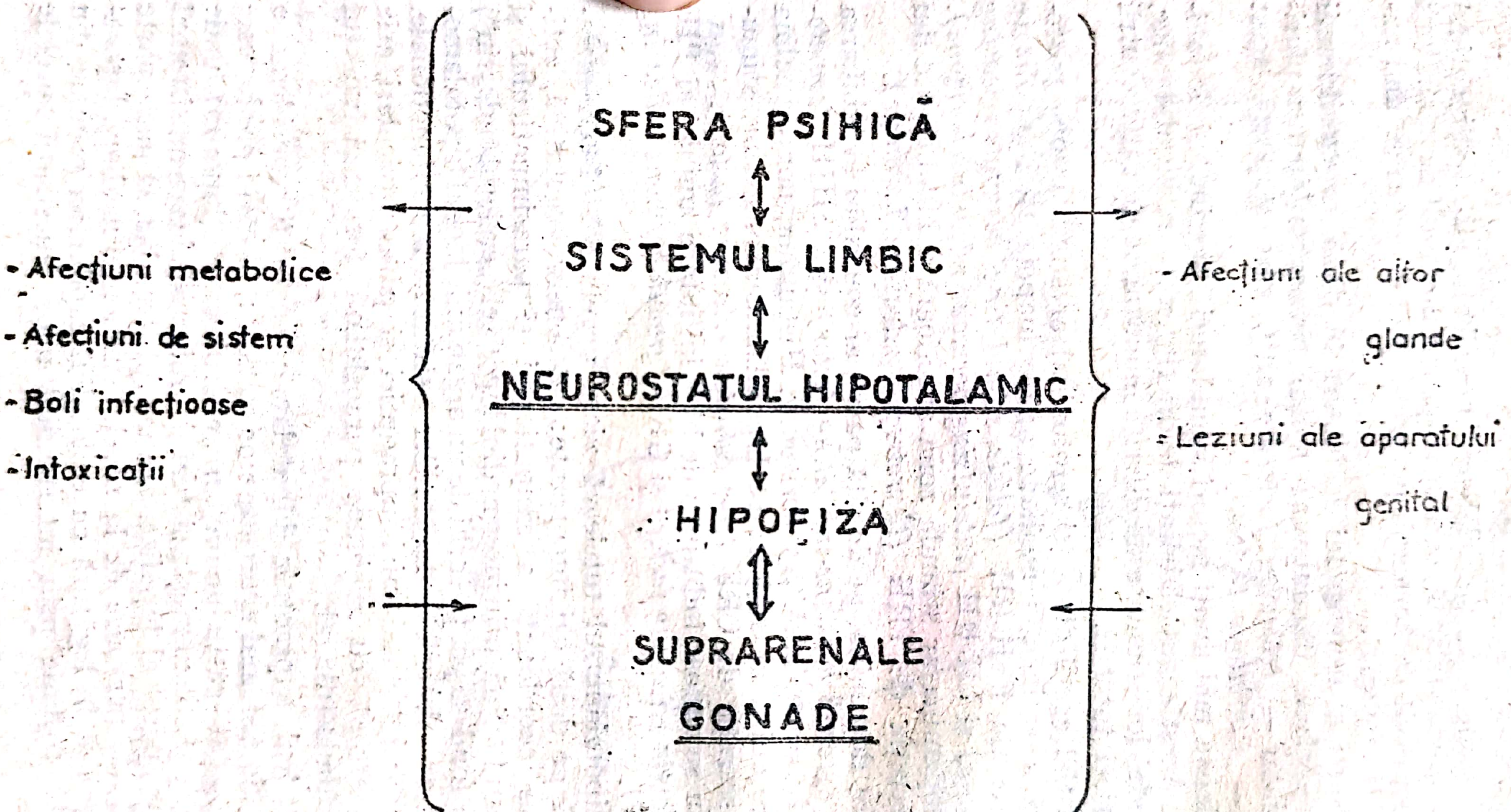


Fig. 32 — Interrelaţiile neurostatului hipotalamic.

stă neurocrinie va elabora neurohormoni (polipeptide) cu o semiviață scurtă, ceea ce îi apropie mai mult de mediatorii chimici decît de hormonii propriu-ziși și de aceea se mai numesc și „factori".

Acești neurohormoni se împart în două categorii: unii care inițiază, dinamizează lanțul endocrino-hipofiza-pluriglandular — *„releasing factors"*; alții, care stopează acest lanț — *„inhibitory factors"*.

Există mai mulți factori stimulatori „liberine" și de inhibiție. Aceștia sînt elaborați de diferite sectoare hipotalamice, la rîndul lor stimuate de diferite monoamine de către centrii superiori tutelari.

Astfel acetilcolina (și serotonina) ar stimula zona posterioară a eminenței mediane aflate înapoia tijei hipofizare cu secreție FSH-RH *(folicle stimulating hormone-releasing hormone)* și LH-RH *(luteinising hormone-releasing hormone)*.

Dopamina ar stimula zona anterioară a hipotalamusului cu secreția de TRH *(thyrotropin releasing hormone)*.

Tot dopamina, pe de altă parte, ar contribui la inhibarea GIF *(growth hormone-inhibiting factor)* și a SHIH *(somatotrop hormone inhibitory hormone)*. Histamina, noradrenalina și serotonina ar acționa pe hipotalamusul posterior, stimulînd secreția de CRF *(cortocotropin releasing factor)*.

Nu se cunosc îndeajuns de bine inițiatorii aminici ai PIF *(prolactin releasing factor)* și GRF *(growth hormone realeasing factor)*.

Hipotalamusul tutelează viața vegetativă viscero-metabolică pe două căi importante: calea neurovegetativă, activitatea coordonată a simpaticului și parasimpaticului și calea endocrină, prin intermediul hipofizei („creierul endocrin")

În fond se poate vorbi de un organ unic blocul hipotalamo-hipofizar datorită legăturilor strînse morfofuncționale.

Nucleii hipotalamici supraoptici și paraventriculari, aria hipofizotropă cu regiunea paracelulară formează traiectul infundibulo-tuberal.

Nucleul supraoptic hipotalamic poate fi considerat o parte din sistemul neurosecretor complex, al cărui produs este transportat către un organ „neurohemal" (hipofiza) unde este stocat. Se numește sistem neurohemal deoarece sistemul capilar „port" al hipofizei are un rol deosebit. O mare parte din fibrele nervoase de la nivelul eminenței mediane hipotalamice sînt în legătură cu endoteliul capilarelor primare din această regiune prin intermediul unor fenestrații speciale

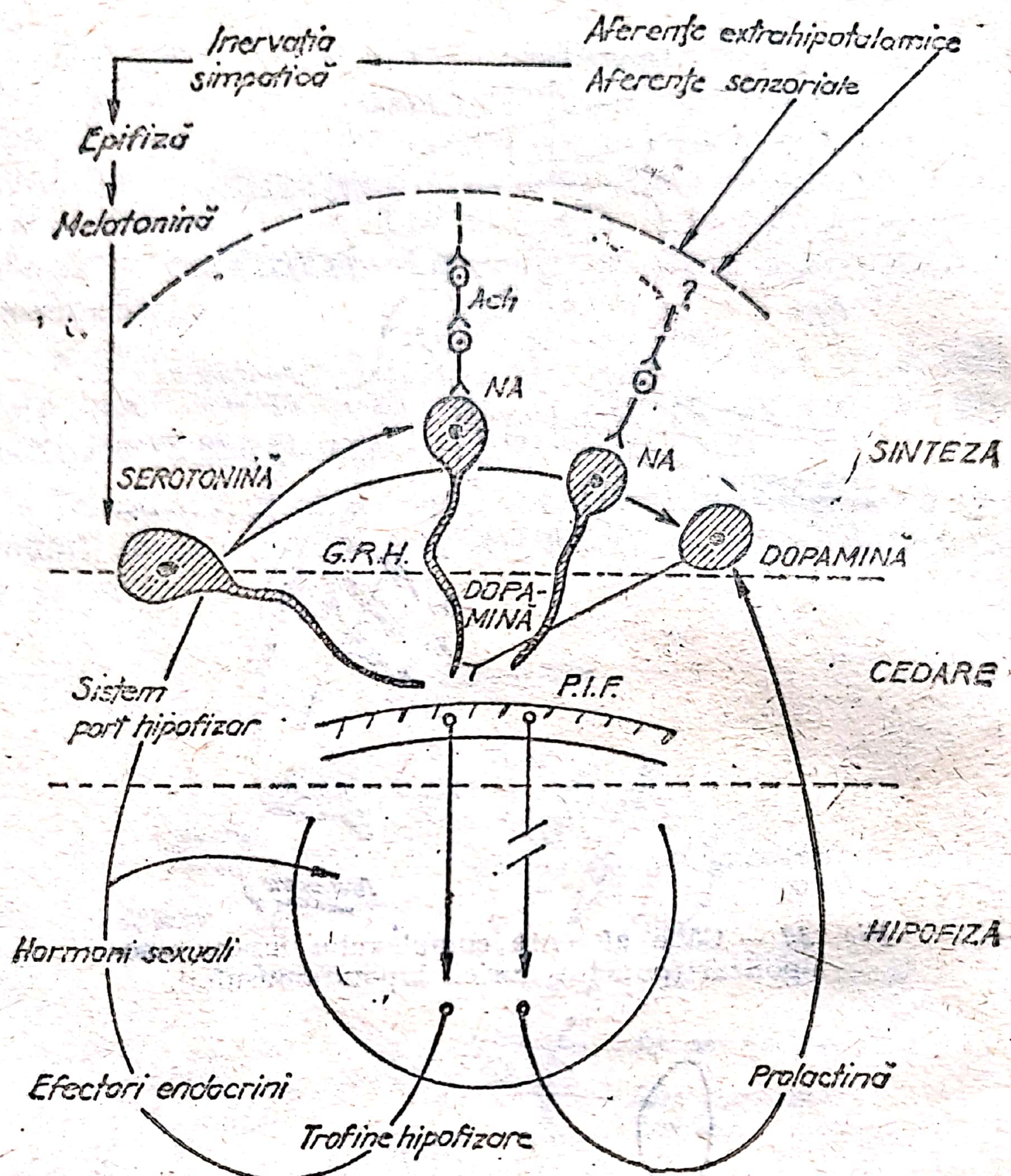


Fig. 33 – Mecanisme de control al secreției gonadotropilor hipofizari: GRH – gonadotrophin releasing hormone; PIF – prolactin inhibiting factors (după Bensch).

pe unde difuzează materialul nerosecretor *(releasing* și *inhibitory factors)* la nivelul hipofizei glandulotrope anterioare.

Trebuie amintit că structural și funcțional, hipofiza este un organ complex cu mai multe compartimente: lobul hipofizar anterior glandulotrop (adenohipofiză), lobul intermediar (un rudiment malanoforic) și lobul posterior (neurohipofiza).

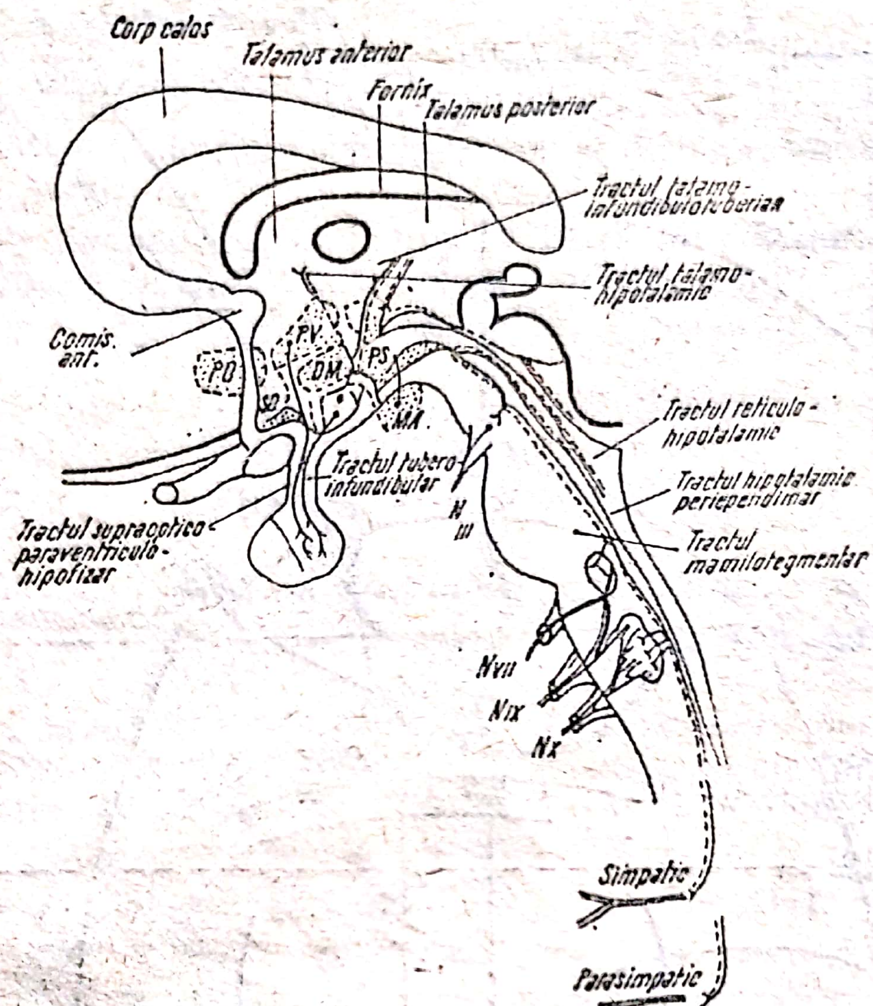


Fig. 34 — Căile eferente complexului hipotalamo-hipofizar (punctat nucleii hipotalamusului).

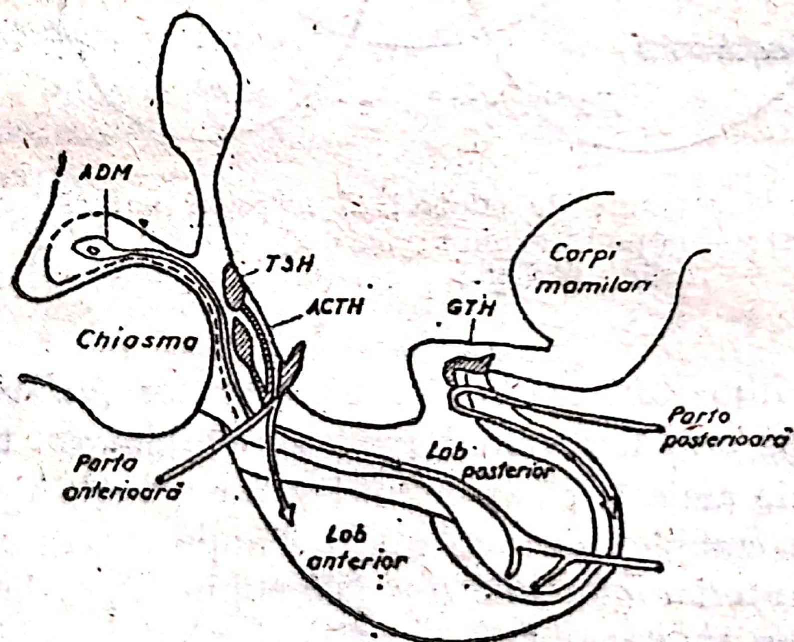


Fig. 35 — Sistemul port hipofizar și topografia hipotalamo-hipofizară.

Lobul anterior adenohipofizar în legătură cu sistemul port mai sus amintit, recepționează factorii „releasing" și „inhibitory" care acționează asupra adenilciclazei din membrana celulelor hipofizare, formînd adenozinimunofosfatul ciclic, cheia sintezei și eliminării hormonilor hipofizari (prostaglandinele ar avea un efect modulator asupra acestei activări enzimatice).

Neurotropii amintiți vor acționa pe diferite grupe celulare hipofizare (somatotrope, tireotrope, corticotrope prolactinice și gonadotrope-celulele G).

Celulele G, gonadotrope, vor primi deci informația (stimulul) de funcționare prin RH/FSH-LH. Acestă informație

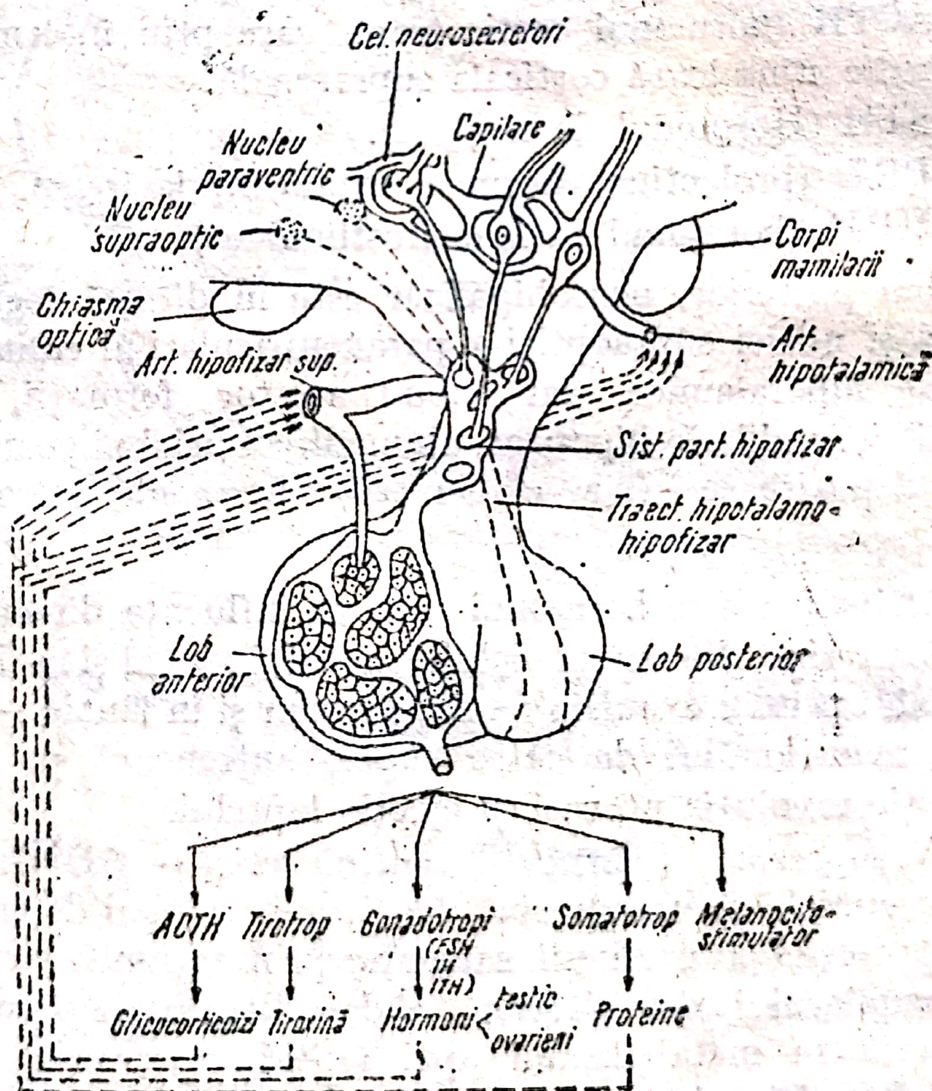


Fig. 36 — Schema interrelațiilor dintre hipotalamus și hipofiză.

va fi recunoscută, decodificată și transformată în noi mesageri, mesagerii hipofizari:

— FSH (hormonul foliculo stimulant), un hormon glicoproteic, fără acțiune steroidogenetică, dar mesager stimulator al maturației foliculului ovarian.

— LH (hormonul luteostimulant), tot un hormon glicoproteic, care însă stimulează steroidogeneza ovariană, prin intermediul AMP ciclic.

De notat că FSH și LH au o acțiune sinergică, asocierea lor în timp este indispensabilă pentru obținerea de răspunsuri biologice.

— TSH (hormonul tireostimulant) cu determinări asupra activității secretorii tiroide.

— ACTH (hormonul corticotrop), care prin intermediul AMP ciclic stimulează corticala suprarenală.

— STH (Hormonul de creștere).

— PRL (prolactina) hormon mamotrop-lactogen.

— MRH (hormonul melanocitostimulant).

Lobul posterior, neurohipofizar este în directă legătură cu aceiași nuclei supraoptici și paraventriculari ai eminenței mediane hipotalamice, dar axonii acestor formații, prin „nervul" infundibulo-hipofizar, ajung direct în lobul posterior, unde depozitează (nu elaborează) hormonii retrohipofizari:

— Ocitocina este hormonul care va influența direct contracțiile uterine, din cursul ciclului, actului sexual și în timpul travaliului pentru expulsia fetală, precum și în lăuzie — sucțiunea mamelonului de către sugar, antrenează pe lîngă contracție involuția uterină și ejecția laptelui.

— Vasopresina (hormonul antidiuretic — ADH): s-a acordat numele de vasopresină deoarece hormonul determină (direct) creșterea presiunii sanguine prin acțiunea contractilă a capilarului, dar ulterior s-a dovedit a avea o acțiune dominantă în metabolismul apei (antidiuretic prin intermediul funcției tubulare distale).

Vasopresina mai intervine și în metabolismul glucidic și lipogenetic.

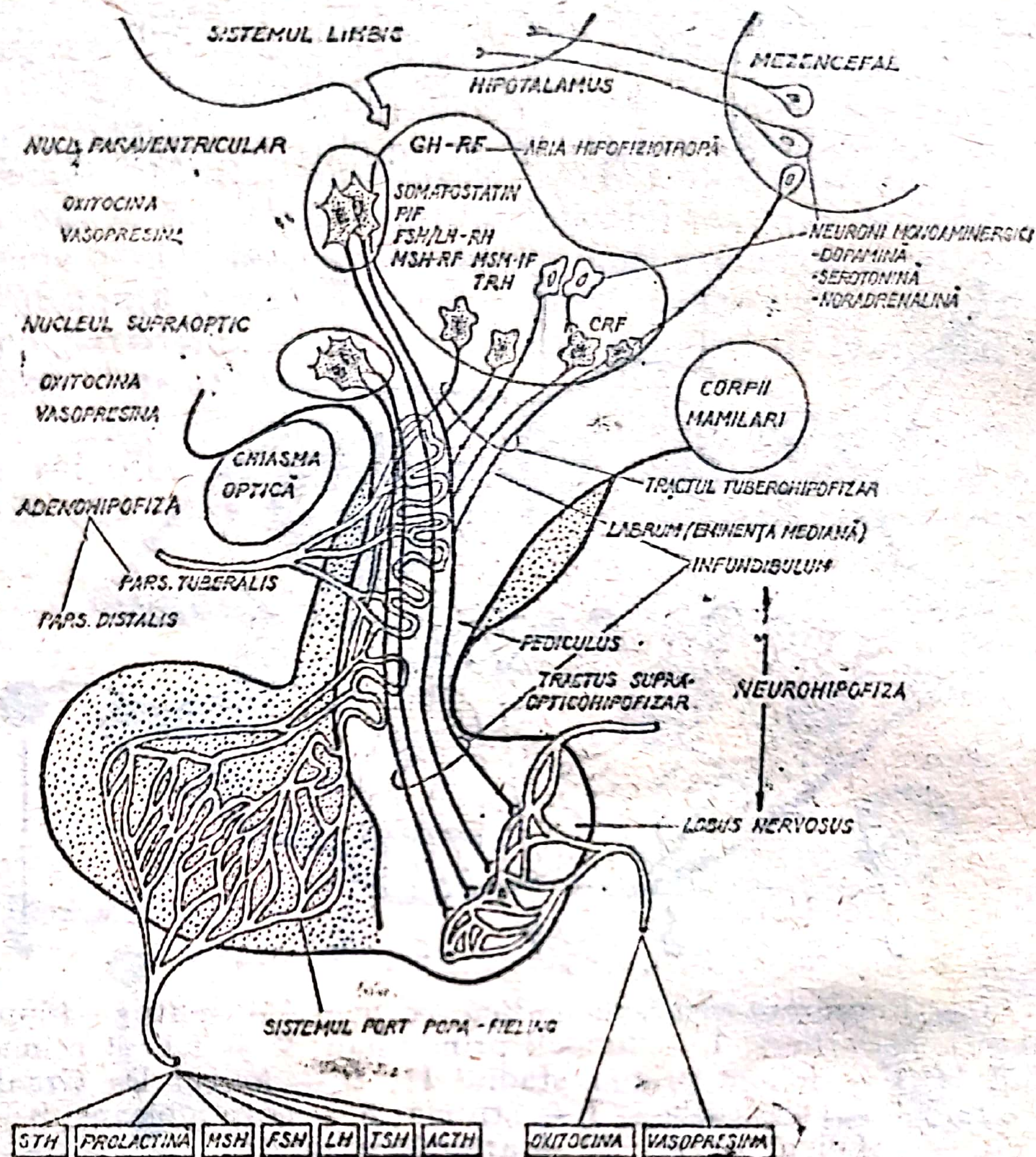


Fig. 37 — Sistemul neuro-endocrin hipotalamo-hipofizar (după M. Coculescu și colab.).

4.2. APARATUL HORMONAL PERIFERIC — EXECUTOR FEMININ

4.2.1. Ovarul

Este un organ dublu, de-o parte și de alta a uterului, fixat de ligamente largi; este de mărimea și aspectul exterior al unui sîmbure de piersică.

Ovarul prezintă 3 straturi principale concentrice:

— epiteliul de acoperire, dedesubtul căruia se situează albuginea — un înveliș conjunctiv mai ferm;

— stratul cortical, cel mai important, îndeplinind atît funcţia endocrină cît şi pe cea gametogenetică; este format dintr-o „stromă conjunctivă" în ochiurile căreia se află unele vezicule (foliculii de Graaf) drept unităţi histofuncţionale principale.

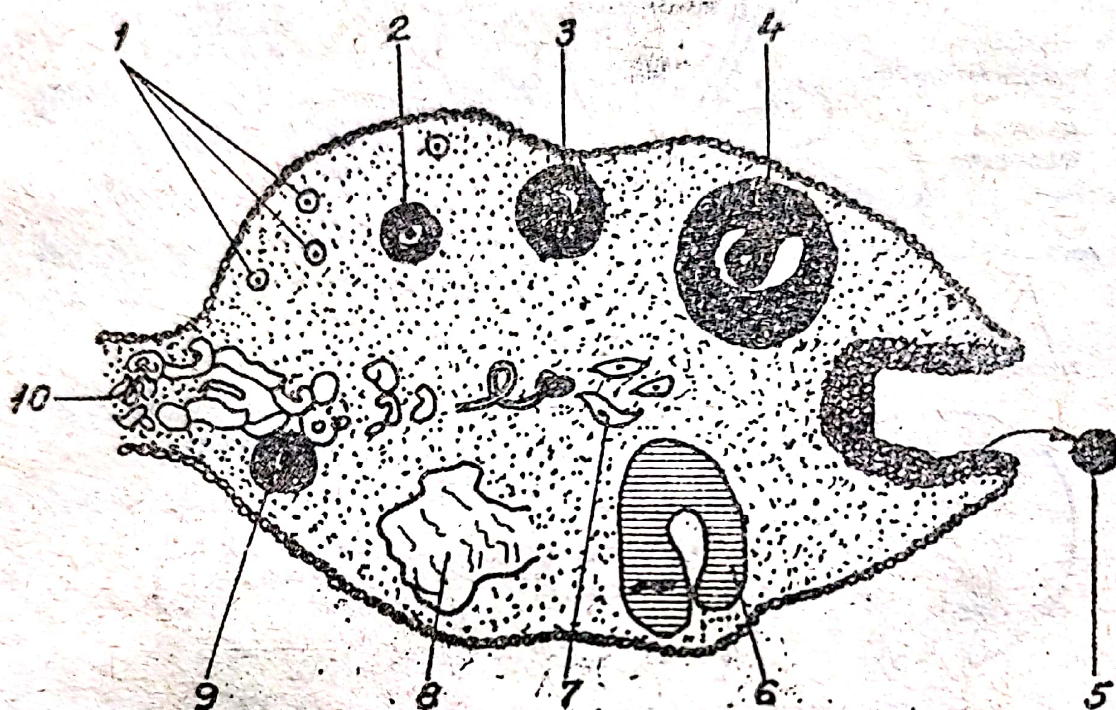


Fig. 38 — Reprezentarea schematică a ovarului matur (după Lichtwitz şi Parlier): 1 — foliculi primordiali; 2 — folicul primar stadiul I; 3 — folicul primar stadiul II; 4 — folicul De Graaf; 5 — ovul; 6 — corp galben; 7 — stromă; 8 — corp albicans; 9 — folicul atrezic; 10 — arterele spiralate.

Aceşti foliculi de Graaf, primordiali, cu un diametru de 45 microni, la naştere, sînt în număr de aproximativ 100—200 mii pentru fiecare ovar. Unii dintre ei degenerează, astfel că la pubertate ajung la o maturizare potenţială un număr de 400—500.

Maturarea foliculului este serial intermitentă, cîte unul în fiecare lună a perioadei fertile a femeii, dezvoltarea sa fiind stimulată de hormonul foliculostimulant hipofizar. El migrează spre suprafaţa ovarului ajungînd la un diametru de 10 mm.

Foliculul de Graaf primordial prezintă o celulă centrală numită „ovocit" înconjurată de celule foliculare — elementele de bază ale viitorului ovul. Ovocitul în sine suferă şi el un proces de maturare şi anume, din ovocitul de gradul I — celulă diploidă cu 2+23 perechi de cromozomi, printr-o me-

ioză reducțională devine ovocit de gradul II, celulă haploidă numai cu jumătate din numărul cromozomial (1+23).

Pe măsura acestei maturizări a ovocitului, între celulele membranei granulare se formează o cavitate foliculară cu un lichid ce conține hormonii sexoizi foliculini (estradiolul). Odată ajuns la suprafața ovarului foliculul maturat se rupe, eliminînd ovulul, iar celulele membranei granulare se încarcă cu o substanță grasă „corpul galben" progestativ, care secretă progesteronul. Acest proces este stimulat de hormonul hipofizar luteostimulant (LH);

— stratul medular, cel mai profund, un amestec de vase, nervi, fibre musculare netede și țesut conjunctiv în ochiurile cărora se găsesc celule cu rol în andropoieza ovariană.

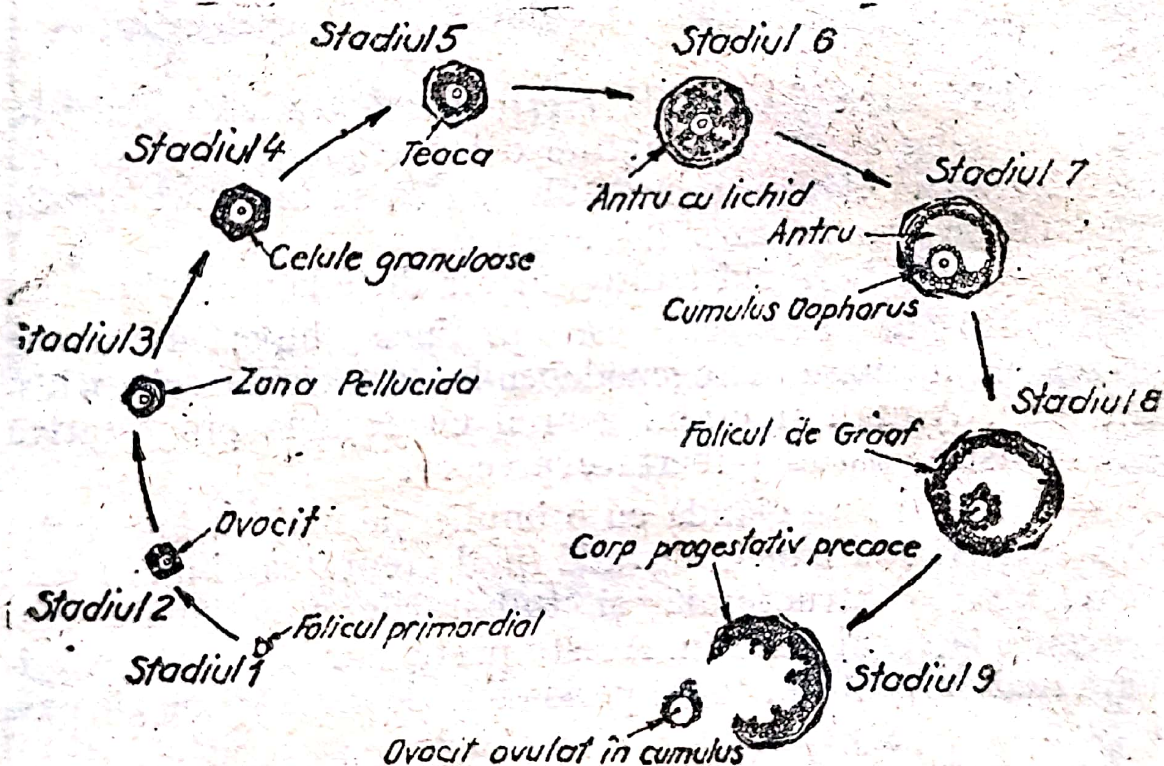


Fig. 39 — Stadiile evolutive ale foliculului ovarian în timpul ciclului sexual (după T. Baker și colab.)

Gonadele accesorii

— *Corticosuprarenala:* relațiile funcționale strînse dintre corticosuprarenală și ovar au la bază originea embriologică comună, echipament enzimatic și sisteme reglatoare similare.

Zona sexuală a corticosuprarenalei (csr) se consideră a avea un rol important în cadrul homeostaziei sterolilor sexuali, mai ales un rol supleativ la pubertate, sarcină, menopauză.

Acțiunea hormonilor csr este validată în primul rînd hipoatalamic, acest sector modificînd în consecință debitul hipofizar de gonadotrofine; la nivel tisular hormonii csr au o acțiune inhibantă față de estrogeni.

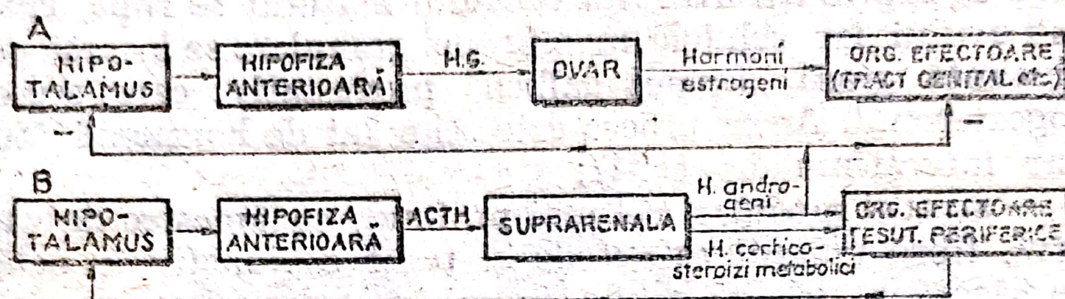


Fig. 40 — Modelul a două circuite paralele de reglare endocrină (după St. Milcu).

Administrarea de ACTH crește greutatea ovarului. În boala Cushing se produce inițial o hiperfuncție ovariană cu luteinizare excesivă pentru ca ulterior să se instaleze atrofia ovariană cu atrezia foliculară.

Excesul de hormoni androgeni csr duce la masculinizare.

Excesul de estrogeni csr produce hiperfeminizarea (+ tumori mamare estrogenodependente, ovarită sclerochistică etc.). Asupra tractului genital cu acțiune progestativă ginecomastie, pseudopubertate precoce.

— Tiroida: este glanda cu o implicație majoră în constelația endocrină a femeii, dovadă fiind greutatea ei mai mare, complexitatea structurală și tulburările funcționale mai frecvente la sexul feminin. Aceste particularități au o exprimare mai evidentă în toate perioadele de criză fiziologică ale femeii.

Tiroida influențează dezvoltarea sexuală și funcția de reproducere avînd un rol trofic stimulativ asupra organelor sexuale, mamelelor, lactației.

În hipotiroidism, primar sau iatrogen, se produc dismenorei, hipoamenorei prin tulburări de receptivitate ovariană față de proprii săi hormoni.

4.2.1.1. Hormonii sexoizi ovarieni

Ovarul, ca și celelalte două glande endocrine (corticosuprarenala și placenta) secretă hormoni cu structura sterolică plecîndu-se de la colesterol, după o schemă comună și

de aceea între ei nu sînt diferențe calitative esențiale. Diferențierea lor totuși este datorată unor enzime care acționează a diferite etaje asupra lanțului steroidogenetic, produșii finali fiind în mare estrogenii, progesteronul și androgenii minori.

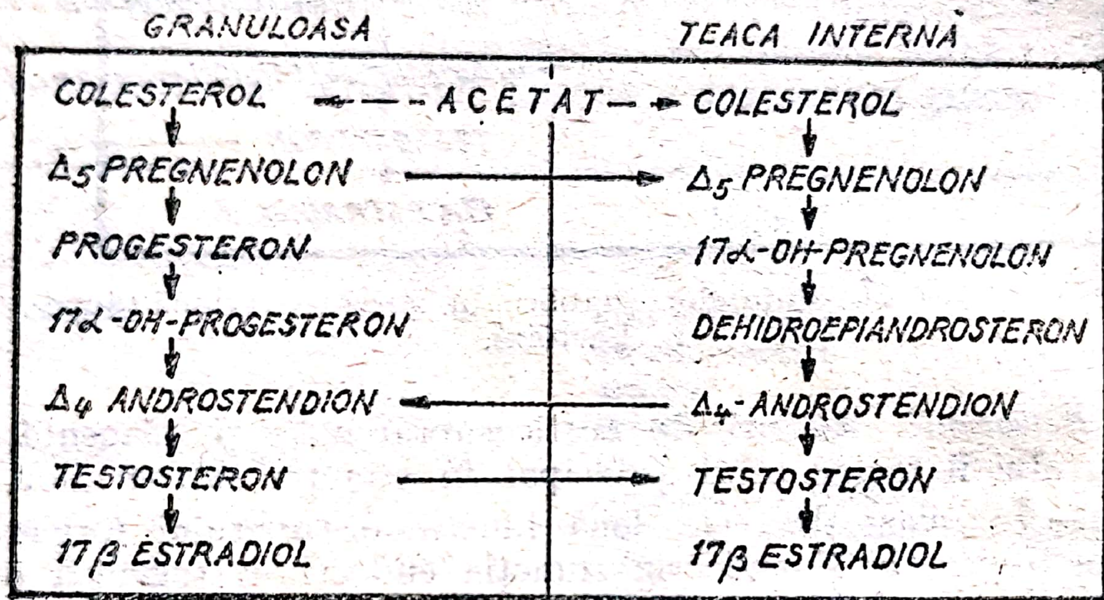


Fig. 41 — Căile sintezelor sterolice din foliculul ovarian (după E. Lacroix).

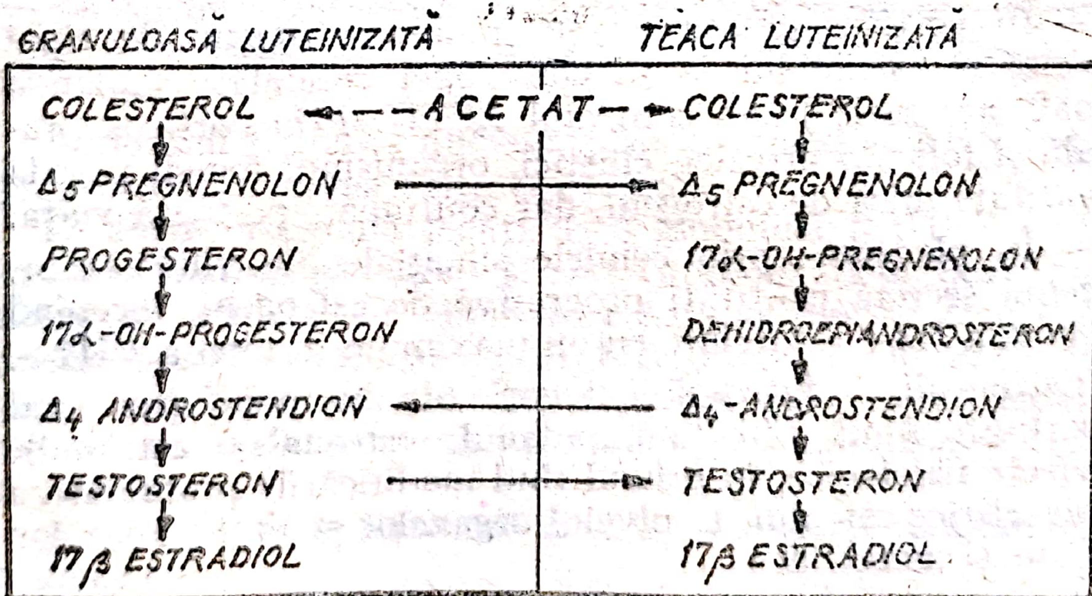


Fig. 42 — Căile sintezelor sterolice ale corpului progestativ ovarian (după E. Lacroix)

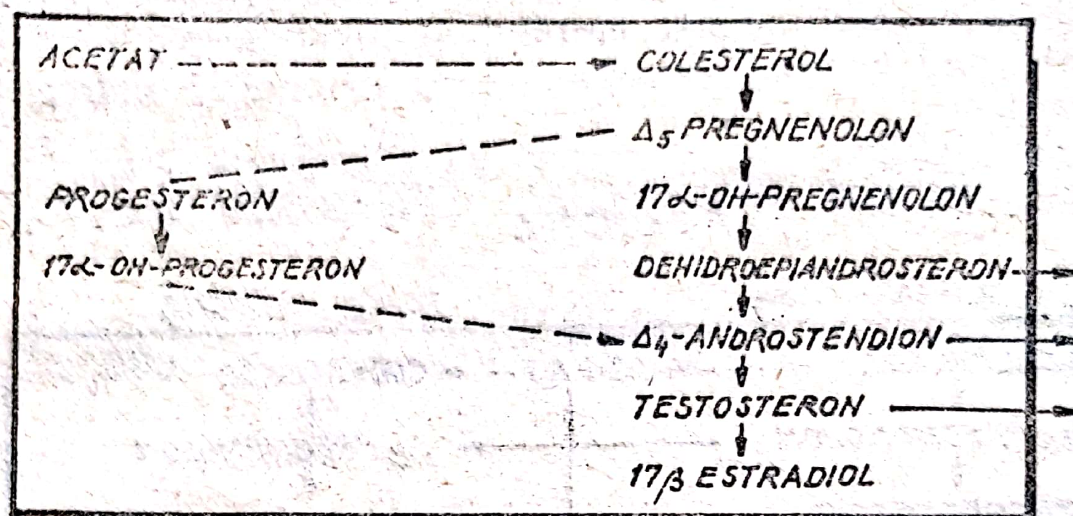


Fig. 43 — Căile sintezelor sterolice în stroma ovariană (după E. Lacroix).

Estrogenii. Alături de corticosuprarenală și placentă, ovarului îi revine rolul principal în secreția estrogenilor.

— În ovar: din cele două funcții ale ovarului (organ gameto-genetic și endocrin) funcția endocrin-estrogenică o îndeplinesc celulele tecale. Cum aceste celule se găsesc în teaca internă a foliculilor Graff evolutivi, dar și în foliculii atrezici, chistici și în plus în corpul galben, rezultă că secreția estrogenică, de origine ovariană, variază cantitativ și în timp. Se mai atribuie un rol secretor estrogenic și celulelor granuloasei și celulelor interstițiale.

— În corticosuprarenală: se produc estrogeni de tipul estronei și estriolului la nivelul zonei reticulate („glanda sexuală accesorie") sub controlul ACTH. Prin corticosuprarenală și foliculii atrezici, chistici, organismul femeii posedă o cantitate mică de estrogeni, dar continuă, pe toată viața.

— În placentă: prin celulele sincițiale ale vilozităților, placenta secretă cantități progresive de estrogeni, începînd din luna a III-a a sarcinii, cu un maximum în luna a VIII-a.

Estrogenii, o întreagă categorie de hormoni (cei mai importanți fiind 17-beta-estradiolul, estrona și estriolul), au efecte fiziologice, în primul rînd modificările proliferative caracteristice estrului, la nivelul organelor genitale, anexelor sexuale și metabolice.

Asupra ovarelor, estrogenii măresc rata de creștere a foliculillor ovarieni, a corpului progestativ.

Asupra tractului genital, au acţiune proliferativă, favorizează contracţiile uterine, au acţiune trofică uterină; acţiune de cornificare a epiteliului vaginal, turgescenţă vulvară, trofizare mamară.

Metabolic estrogenii produc retenţie apoasă tisulară datorită retenţiei de sodiu, au un efect diabetogen, scad lipemia şi colesterolemia, reduc excreţia urinară de sodiu cresc trama proteică osoasă, accentuează troficitatea tegumentară, fluidifică secreţia glandelor sebacee, inhibă formarea comedoanelor, inhibă eritropoieza în captarea fierului, sînt răspunzători de repartiţia ginoidă a paniculului grăsos.

Mascul	Femelă
Prostată	uter-endometru
	uter-miometru
	trompă
	epiteliu vaginal
Glandele Cooper	labii mici
	glandele lui Bartolin
Cartilaje de creştere osoase	cartilaje de creştere ale oaselor
Ţesut adipos	ţesut adipos
Glande mamare	glande mamare
Testicul	ovar
Vezicule seminale	
Piele	piele
Rinichi	rinichi
Hipotalamus	hipotalamus
Adenohipofiză	adenohipofiză

Fig. 44 — Distribuţia topografică a receptorilor extrogenici.

Acţionînd pe ADN nuclear, prin intermediul ARN mesager, rezultă creşterea sintezei proteice.

În sînge ei circulă legaţi de o globulină (SHBG — *sex hormone binding globulin)* şi sînt catabolizaţi în ficat, miometru şi rinichi, iar eliminarea cataboliţilor se face după glucurono-sulfo-conjugare prin bilă, intestin. O parte din aceşti cataboliţi reintră în organism prin ciclul enterohepatic, unde sînt neutralizaţi numai pe măsura necesităţilor metabolice.

Progesteronii se formează şi ei în ovar, corticosuprarenală şi placentă.

— În ovar: după ovulaţie celulele granuloase ale fostului folicul Graaf, se transformă în celule luteinice secretoare de

progesteron. Cum această transformare are loc ciclic, urmează că și secreția progesteronică își are ciclitatea sa.

— În corticosuprarenală: se produce progesteron la nivelul zonei reticulate. Secreția csr alături de corpii galbeni ovarieni involuați, asigură ca și pentru estrogeni un fond **minim** dar permanent de progesteron pe toată durata vieții femeii.

— În placentă: prin aceleași celule sinciţiale ale vilozităților coriale placenta secretă și ea progesteron ce asigură stabilitatea sarcinii.

Progesteronii, cu reprezentantul lor cel mai activ 4-pregnen-3, 20 dion, au efecte fiziologice principale pregătirea endometrului pentru nidarea oului.

Progesteronii circulă liberi în sînge sau conjugați cu acid glicuronic sau sulforic, la rîndul lor legați de o globulină transportoare (transcortina).

Progesteronii pătrund în celule și se cuplează cu receptorii specifici de natură proteică. Acești receptori intracelulari sînt pregătiți de către estrogeni, ceea ce constituie baza moleculară a „sincronismului de continuitate" între estrogeni și progesteroni.

Acțiunea progesteronului asupra ovarului este de a inhiba ovulația, atît prin blocarea LRH hipotalamic, cît și prin inhibiția creșterii foliculilor; modifică troficitatea și dinamica trompelor; acționează trofometabolic asupra endometrului; scade tonusul miometrului, micșorează secreția de mucus cervical; determină proliferarea lobulilor și acizilor lactofori mamari.

În ceea ce privește acțiunea asupra altor glande endocrine, s-a observat că progesteronul produce o involuție a tiroidei și, din contră, o creștere a zonei fasciculate a csr.

Mascul	Femelă
	uter
	trompă
Prostată	epiteliu vaginal
Glanda mamară	glanda mamară
Hipotalamus	hipotalamus
Adenohipofiză (?)	adenohipofiză
Rinichi (hamster auriu)	rinichi (hamster auriu)

Fig. 45 — Distribuția topografică a receptorilor progesteronici.

În metabolismul general progesteronii au o acțiune trofotropă proteică; ca și estrogenii, scad lipemia și cetonemia; au efect diuretic prin antagonizarea aldosteronului.

Progesteronii sînt degradați metabolic în ficat, uter, pînă la metabolitul pregnandiol, formă sub care se elimină prin urină ca glicurono-sulfoconjugați și mai puțin prin bilă.

Androgenii. Ca steroizi sexoizi prin excelență hormonii sexuali masculinizanți, ei sînt sintetizați, de asemenea, de medularea ovarului, suprarenale și placentă.

Sub formă de testosteron, androstendion și dehidroepiandrosteron ei circulă în sînge ca atare sub sau formă sulfoconjugată. Transportul acestora îl exercită aceeași proteină SHBG.

Androgenii sînt precursorii obligatori ai sintezei de estrogeni în ovar și ai unora dintre corticoizii csr.

Efectele androgenilor ca atare sînt de defeminizare, virilizare. Asupra ovarului, hipofizei, efectele sînt în funcție de vîrstă și doză; dozele mici sînt stimulatoare, dozele mari inhibitoare.

În metabolismul general au un rol anabolizant protidic, produc retenție moderată de sodiu, potasiu, calciu, fosfor, cresc glicogeneza hepatică și scad cetogeneza, cu efect antidiabetic.

Relaxina. Este al patrulea hormon ovarian (neseparat încă în stare pură). Are un rol relaxant progestativ asupra simfizei pubiene, musculaturii uterine, colului uterin, creșterii greutății uterine.

4.2.2. Organele genitale interne

4.2.2.1. Trompele uterine (salpinge, tube, trompa Fallope)

Constituie un organ dublu cilindric, cu o lungime de 10—15 cm prezentînd un epiteliu intern (submucoasă-mucoasă) cudat și ciliat, un strat muscular cu fibre longitudinale și circulare și un strat conjunctiv adventiceal la exterior.

Trompele au o inserție și continuitate mediană cu uterul și o contiguitate laterală cu ovarul.

Extremitatea ovariană își lărgește diametrul, devine ca o pîlnie cu marginile franjurate. Unul din franjuri este mai mare și se inseră pe ovar, iar restul coafează ovarul, comunicînd larg cu cavitatea peritoneală.

4.2.2.2. **Uterul** (miometrul)

Este un organ unic, median, între vezică și rect, cu o lungime de 6—8 cm și o grosime de 2—3 cm. ușor turtit anteroposterior și flectat înainte, aspectul global fiind de pară întoarsă cu fundul în sus.

Topografic se împarte în: fundul uterului cu cele două „coarne laterale" — locul de inserție a trompelor; corpul sau porțiunea mijlocie; porțiunea inferioară numită și colul uterin (la rîndul lui cu o porțiune supravaginală și una intravaginală).

În mod normal întreg axul longitudinal este aplecat înainte și în plus corpul uterin se apleacă și mai mult, formînd cu colul un unghi cu deschiderea anterioară „anteroversie-flexie fiziologică".

Uterul are mai multe straturi: stratul exterior de înveliș peritoneal; stratul mijlociu format din mușchii netezi (încrucișați în arcuri de spirală) și stratul mucos ce căptușește interiorul uterului și delimitează o cavitate virtuală ce comunică cu orificiile interne ale celor două trompe și prin acestea cu cavitatea peritoneală și pe de altă parte cu orificiul unic cervical și prin aceasta cu vaginul.

Mucoasa uterină sau endometrul corpului uterin este bogat în glande ce secretă un mucus filant cu reacție alcalină. Mucoasa colului este mai subțire, cu pliuri transversale și mai săracă în glande secretante.

4.2.2.3. **Vaginul**

Vaginul este un organ muscular singular, median, tubular, făcînd legătura între vulvă și uter pe care se inseră în jurul colului. Are o lungime de 8—15 cm, diametru de 2,50 cm, canal turtit anteroposterior cu o față anterioară în raport cu vezica și uretra și o față posterioară în raport cu rectul. Porțiunea de inserție superioară este mai largă formînd așa-numitul „fund de sac" vaginal.

Inserția inferioară, vulvară, este operculizată de o membrană numită himen, la rîndul lui cu mai multe ferestruici pentru scurgerea menestruației la virgine.

Prin fibrele mușchilor netezi circulari formează sfincterul inferior al vaginului, „sfincterul" superior în porțiunea mijlocie fiind format mai mult de către musculatura perivaginală — ridicătorii anali.

Interiorul vaginului este tapetat de o mucoasă cu creste transversale cu celule mucosecretante-lubrefiante.

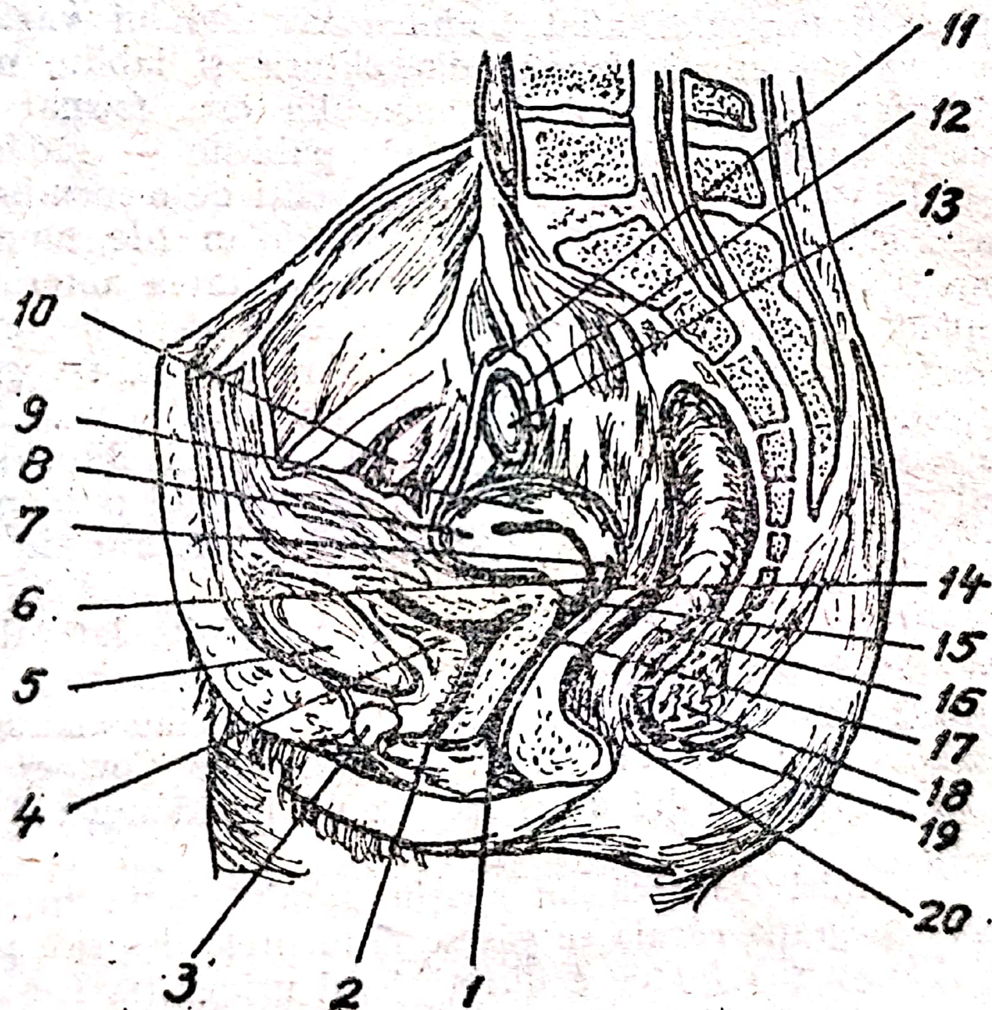


Fig. 46 — Secțiune sagitală mediană prin pelvis la femeie: 1 — orificiul vaginal; 2 — orificiul uretrei; 3 — clitoris; 4 — vezica urinară; 5 — simfiza pubiană; 6 — colul uterin; 7 — fundul de sac vaginal; 8 — fundul uterului; 9 — uterul; 10 — ligamentul rotund uterin; 11 — trompa; 12 — pavilionul trompei; 13 — ovarul; 14 — orificiul colului uterin; 15 — fundul de sac vaginal anterior; 16 — rectul; 17 — canalul vaginal; 18 — sfincterul extern (striat); 19 — sfincterul intern (neted); 20 — orificiul anal.

4.2.3. Organele genitale externe

4.2.3.1. Vulvă

Este un aparat cu mai multe elemente morfo-funcționale avînd un rol important în copulație și micțiunea uterină.

În jurul orificiului de deschidere vulvară, orificiu în continuitate cu lumenul vaginal, operculat cu un pliu al mucoasei vaginale, un adevărat diafragm conjunctivo-elastic, puțin rezistent, cu perforații multiple — himenul vaginal —, se găsesc o serie de formațiuni:

— orificiul extern al uretrei (meatul urinar) perforează un planșeu muscular aflat înaintea vestibulului vaginal;

— aparatul erectil format din clitoris și labiile mici.

Clitorisul, similar penisului masculin este format din doi corpi cavernoși fixați pe oasele pubiene — rădăcina clitorisului —, ce se unesc median, înveliți de o membrană fibroelastică în așa-numitul corp clitoridian (de lungime 2,5 cm și diametrul de 4—5 mm); extremitatea anterioară a corpului clitorisului este mai voluminoasă alcătuind glandul, organ cu un conținut bogat de fibre nervoase vegetative în contact cu corpusculi senzitivi Pacini și în vase sanguine congestionante, ca și la nivelul corpului clitoridian. Corpul clitoridian este fixat anterior de planșeul pubian de către comisura interioară a labiilor mici și îndărăt de frenul clitorisului.

— orificiul vulvar și clitorisul sînt mărginite lateral de labiile mici, care fac și ele parte din aparatul senzoroerectil.

Între labiile mici și himen se găsesc orificiile glandelor Bartholin, două glande omoloage glandelor Cowper (la bărbat), ele avînd rolul de a secreta un lichid mucoid lubrefiant.

Labiile mici demarcă un spațiu numit spațiu interlabial, în topografia căruia se găsesc elementele descrise pînă acum. Ele au și rolul de a dirija jetul urinar (la femeie).

Vascularizația aparatului erectil este asigurată de artera și vena rușinoasă internă, iar inervația de către plexul sacrat.

Toate elementele descrise sînt acoperite de labiile mari, formațiuni vasculogrăsoase cu o lungime aproximativă de 8 cm și o lățime de 2 cm. Ele au o față externă acoperită cu păr, glande sebacee și sudoripare și o față internă glabră ce protejează labiile mici.

Labiile mari se unesc anterior sub muntele Venus, zona pubiană proeminentă și acoperită de triunghiul de pilozitate de tip feminin și o comisură posterioară, înaintea orificiului anal cu cîțiva cm

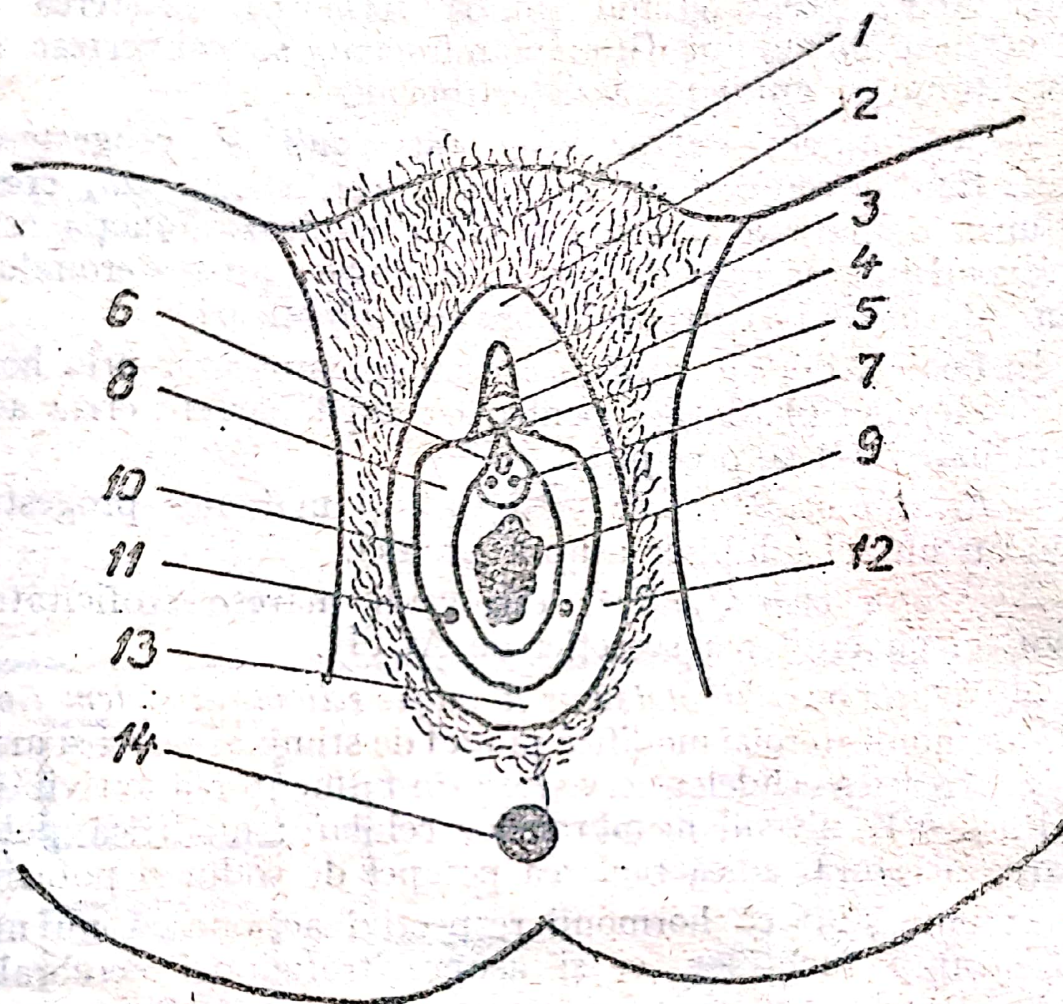


Fig. 47 — Vulva: 1 — muntele lui Venus; 2 — comisura anterioară a labiilor mari; 3 — capișonul clitorisului; 4 — glandul clitorisului; 5 — frenul clitorisului; 6 — orificiul uretrei; 7 — orificiul glandelor Skene; 8 — labia mică; 9 — orificiul vaginal; 10 — himenul; 11 — orificiul glandelor Bartholin; 12 — labia mare; 13 — comisura posterioară a labiilor mari; 14 — orificiul anal.

Patologia organelor genitale interne și externe este prezentată în capitolele intersexualitate, sterilitate etc.

Noțiuni de retroacțiune hormonală

În orice sistem biologic glandele endocrine sînt organizate în serie traductibilă în limbaj cibernetic, cu bucle de autocentral. Încă din 1910 Parhon și colab. au lansat noțiunile de „sinergism-antagonism".

În virtutea acestor mecanisme, sistemul neuroendocrin nu funcționează numai pe baza unui *feedback* pozitiv, sti-

mulator, de la centru la periferie, ci și pe baza unui *feedback* negativ, inhibitor, de la periferie la centru. Acest circuit autocotrolat asigură homeostazia.

— *Relația ovar-ovar:* estrogenii măresc rata corpului progestativ; progesteronul inhibă formarea, creșterea și efracțiunea foliculului Graaf; androgenii se convertesc în progesteron și antagonizează estrogenii.

— *Relația ovar-suprarenală;* estrogenii și progesteronii, fiind precursori ai hormonilor csr, stimulează, cresc acțiunea tisulară a acestora și chiar suplează funcția csr; estrogenii măresc rata de corticoizi (invers progesteronului) prin intermediul centrilor hipotalamo-hipofizari.

În boala Addison, sarcina are un rol protector prin hormonii sterolici placentari, pentru ca după naștere criza addisoniană și să se precipite.

— *Relația ovar-tiroidă:* estrogenii și mai ales progesteronii au un rol inhibitor asupra tiroidei.

— *Relația ovar-hipofiză:* estrogenii măresc troficitatea hipofizei cu creșterea secreției de ACTH.

— *Relația ovar-hipotalamus-formație reticulară-sistem limbic:* hormonii steroizi modifică pragul de stimulare deci și arta de descărcare a celulelor nervoase prin influențarea activității ATP-azice la nivelul membranelor celulare: modifică polarizarea acestora, adică reglarea pompei de sodiu și potasiu.

Trebuie știut că hormonii respectivi acționează nu numai asupra funcțiilor, ci și asupra troficității cerebrale.

Hipotalamusul este sectorul țintă al retroacțiunii hormonale, hipotalamusul și sistemul limfic fiind receptori citosolici și neonucleari pentru estrogeni. Fixarea și metabolizarea lor la acest nivel constituie premisele în determinarea comportamentului sexual, a unor trăiri afective foarte intense cu reacții psihogene foarte complexe.

Prin mijlocirea hipotalamică și limfică, hormonii sexuali au un răsunet de prim ordin asupra formațiunii reticulate, determină reacția de explorare și facilitarea în depistarea partenerului sexual.

Cît privește influențele globale hormonale asupra psihicului feminin, ele au fost remarcate prin studiul psihologiei în perioadele critice fiziologice (pubertate, ciclu catamenial, sarcină, climacteriu). În cadrul acestora apar mai evident modificările funcțiilor cerebrale de bază (emotivitate, libidou, voință, tonus intelectual etc.).

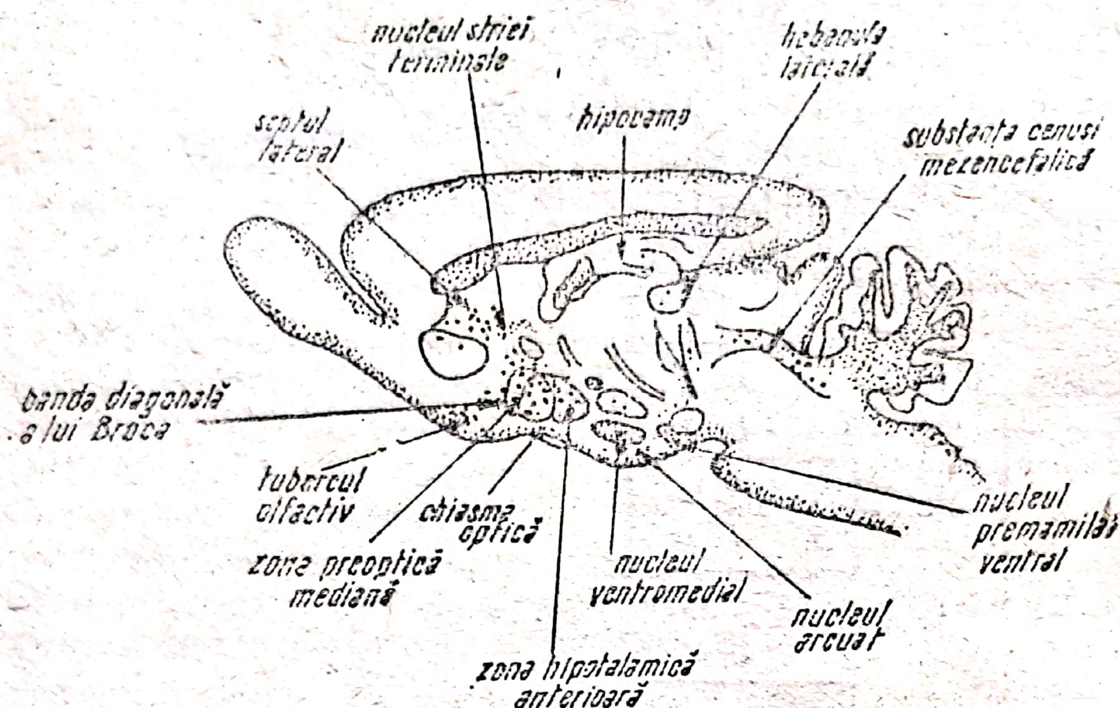


Fig. 48 — Harta distribuţiei receptorilor estradiolului în diferite părţi ale creierului de şobolan (după Mc Ewan).

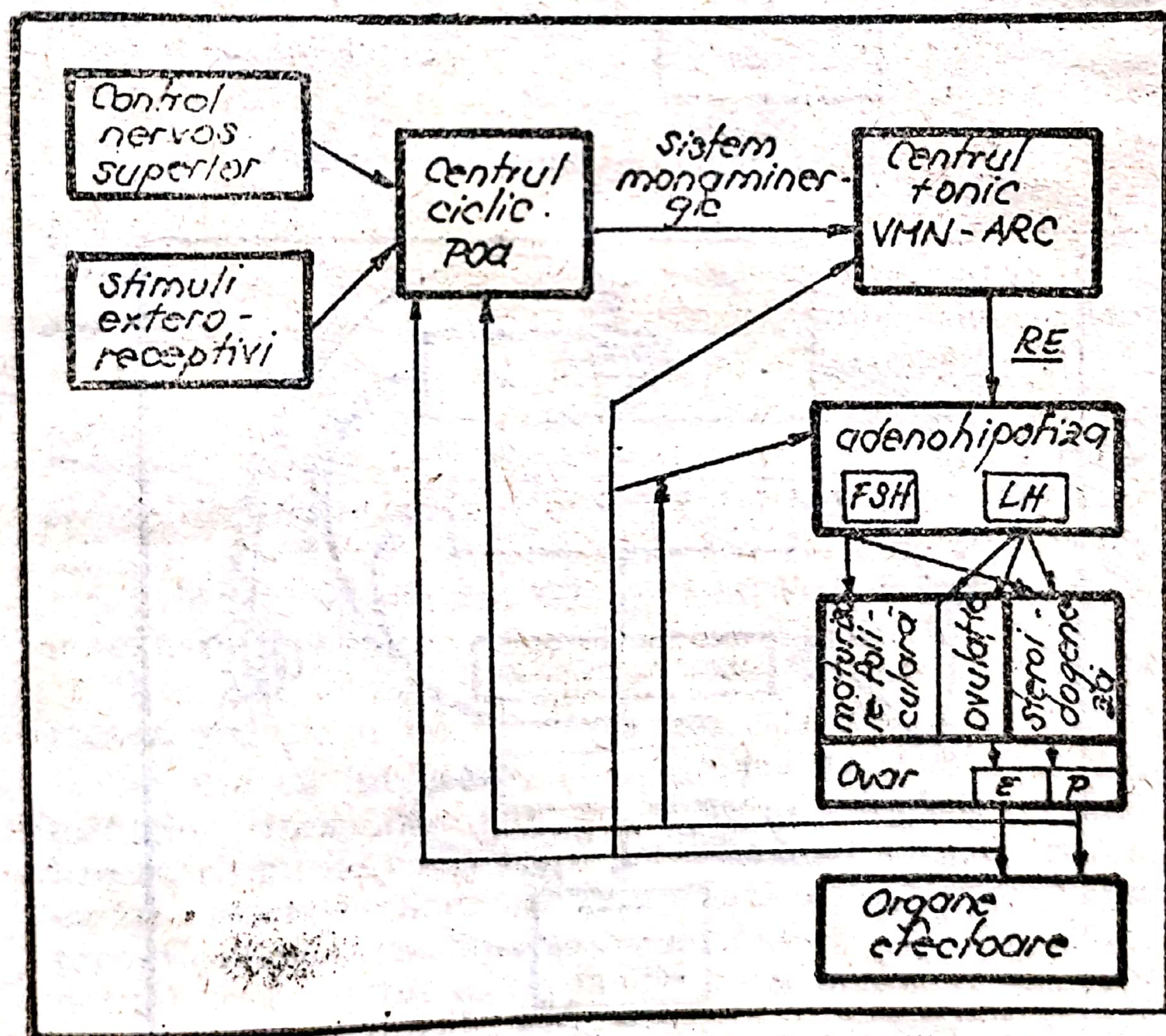


Fig. 49 — Schema relaţiilor determinînd funcţiile sistemului hipotalamo-hipofizo-ovarian (midificat după A. Cioltei).

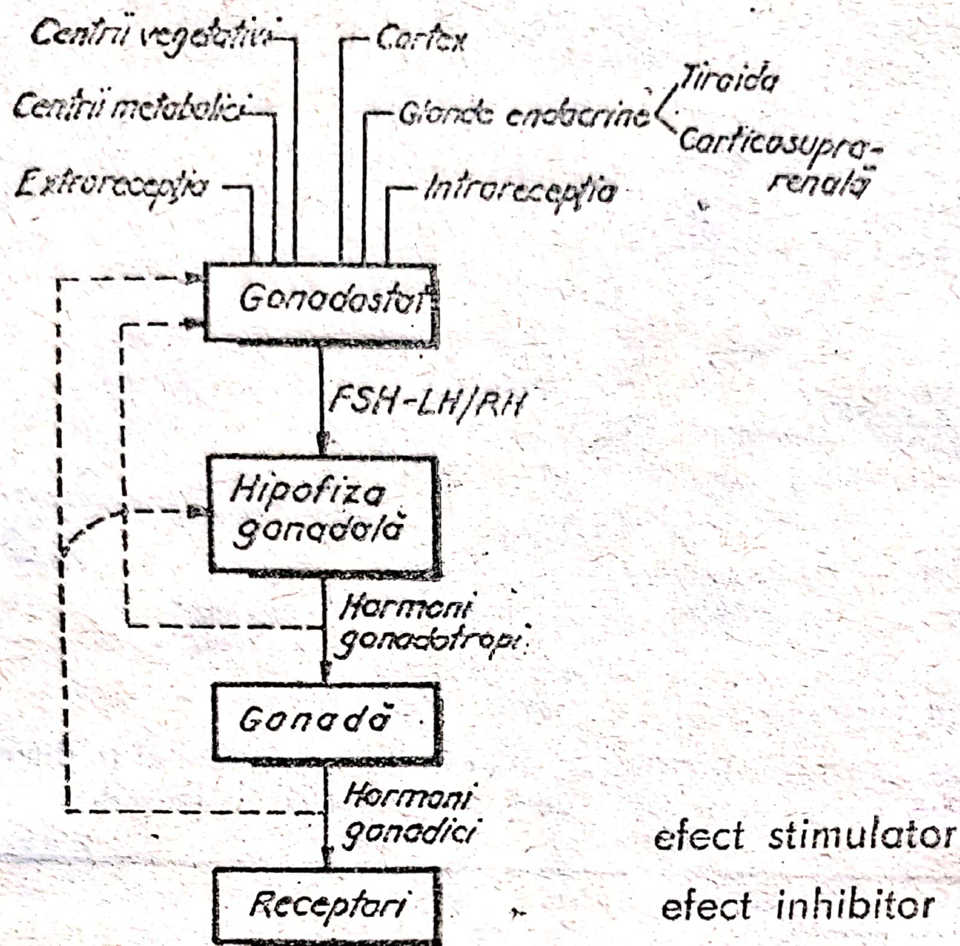


Fig. 50 — Sistemul de funcționare gonadal.

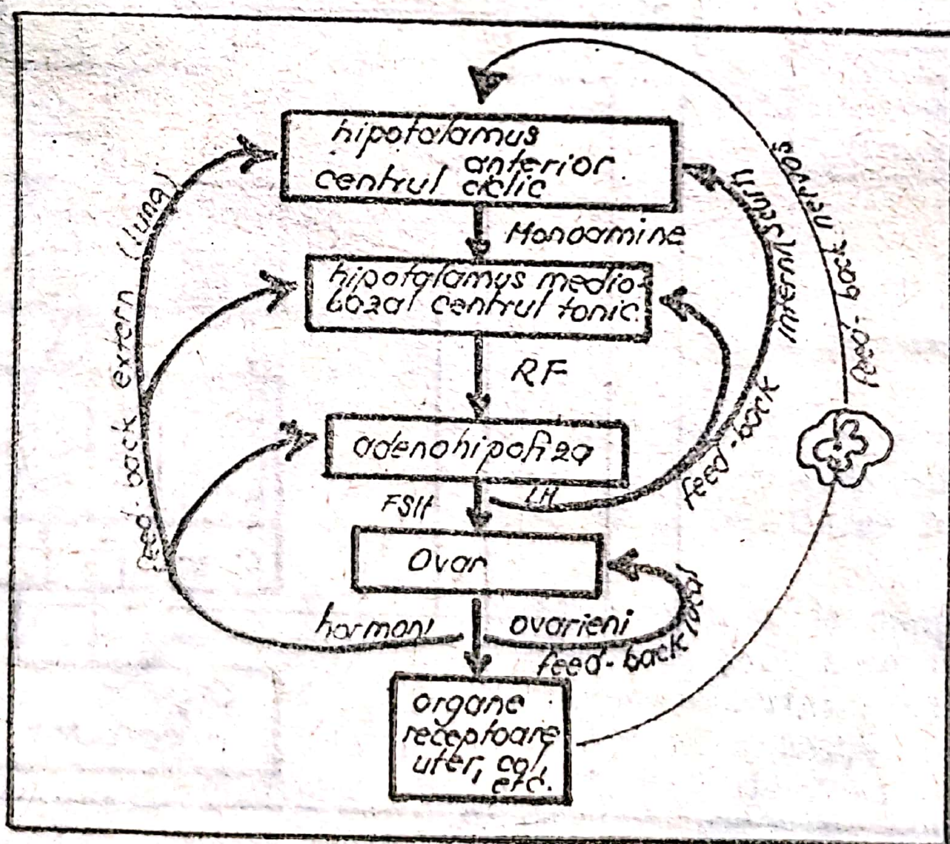


Fig. 51 — Schema mecanismelor de feedback în fiziologia hipotalamo-hipofizo-ovariană (după A. Cioltei).

4.2.4. Bioritmul catamenial

4.2.4. Bioritmul fiziologic

Studiul proceselor vitale nu se desfășoară la niveluri lineare constante, ci cu o succesiune ritmică între „maximum" și „minimum".

Bioritmul este desfășurarea în timp a oricărui proces, a oricărei funcții viscerale, a oricărui sistem, care se repetă cantitativ și calitativ la intervale aproximativ egale. Ele sînt fenomene de adaptare. Ritmicitatea și homeostazia sînt aspecte diferite ale aceluiași principiu biologic.

Schematic, un astfel de fenomen ar putea fi reprezentat ca o succesiune de evenimente, în care fiecare acționează asupra următorului, iar acesta, la rîndul lui, din nou asupra celui dintîi. Este vorba de un fenomen de retroacțiune care funcționează după un mecanism cibernetic, ciclic.

Indiferent dacă ritmurile se declanșează spontan sau nu, odată deșteptate, ele capătă caracterul de autoîntreținere, conform unui mecanism oscilatoriu intern numit „ritm endogen", „orologiu intern".

Bioritmurile nu sînt numai autonome, ci și ereditare, cu greu influențabile și în timp de către factori externi, pentru a reveni la auritmia de bază după încetarea acțiunii acestora.

Bioritmia se desfășoară în fracțiuni de secundă, în 24 ore (circadiană), în 30 zile (selenară), în ani, decenii.

De la diviziunea celulară pînă la activitățile viscerale, metabolice și chiar sexualitatea, toate se supun acestui fenomen bioritmic. Ciclurile prereproductive depind de specie, deci de constituția neuro-endocrino-metabolică determinată genetic și de felul cum specia integrează diversitatea de stimuli externi sau de felul cum o serie de organe nesexuate răspund la solicitările hormonale.

Orologiul biologic (inclusiv sexualitatea) se găsește în mezencefal și cu deosebire în hipotalamus.

Se știe că integrarea comportamentului de sex, a elementelor sincronizatoare, a endocriniei sexuale, care realizează ritmurile circadiene, selenare sînt realizate în circuitul formațiunilor: rombencefal-mezencefal-hipotalamus-preoptice-septo-hebenulo-mezencefal-rombencefal; la rîndul lui acest circuit este legat de formațiunea reticulată activatoare, de amigdală, hipocamp.

În cadrul acestor constelații morfofuncționale se inițiază, se desfășoară și se închid marile evenimente fiziologice ale femeii ca pubertatea, ciclului catemenial, sarcina, menopauza.

Dacă aceste evenimente au fost sau vor fi tratate ulterior, acum ne vom concentra atenția asupra ciclului catemenial, ciclul lunar de 28 zile, interval în care intervin remanieri în flux-reflux ale întregii structuri sexologice:

— caracterele anatomice primar sexuale: organele genitale interne și externe;

— caracterele anatomice secundar sexuale: glandele mamare, pilozitatea, tegumentele;

— caracterele sexuale terțiare: sistemul nervos, comportamentul sexual;

— caracterele sexuale quaternare: elemente metabolice energoplastice, vitamine, microelemente, apă, electroliți, enzime etc.

Se știe că hipotalamusul mediobazal are o funcție de amorsaj comună a funcției sexuale (gonadice în primul rînd) „bazală", „tonică", „constantă", iar hipotalamusul comandă funcția „pulsatilă", „ritmic intermitentă".

La bărbat este mai exprimată funcția bazală constantă, fără evenimente prea evidente, pe toată durata vieții sexuale mature.

La femeie caracterul pulsatil este predominant, această activitate, începînd din perioada embriofetală, se exprimă cu o amploare deosebită în perioada genito-gonadală activă, matură, pentru a se estompa din nou odată cu climacteriul.

Natural, hipotalamusul este modulat atît de informațiile centrilor tutelari superiori, în legătură cu solicitările mediului, cît și de informațiile glandelor endocrine, metabolico-funcționale etc., dar aceste modulații sînt armonizate și integrate în regimul normal de funcționale intrinsecă sistemului.

Etajul neurosecretor hipotalamic lansează „*releasing factors*", respectiv FSH/RH și LH-RU. În reglarea secreției acestor factori intervine pe de-o parte hipotalamusul posterior ca element stimulator, iar pe de altă parte nucleul suprachiasmatic al hipotalamusului anterobazal ca element inhibitor.

Secreția hipofizară de gonadotrofine (FSH și LH) este modulată de hipotalamus prin factorii amintiți în cadrul

unor sisteme *feedbac* pozitive cu bucla deschisă tranzitor dar rolul fundamental revine sistemelor *feedback* inchise, prin care nivelul circulant al steroizilor gonadali controlează răspunsul hipofizar la factorii RH hipotalamici.

După cum se știe, ovarul își desfășoară funcțiile ovogenetice și endocrine în cicluri cu o medie de 28 zile (27—33 zile) ;la aceeași femeie, pe tot parcursul vieții genito-gonadice active, ca o excepție, pot apărea cicluri mai scurte sau mai lungi, în limitele semnalate.

Ciclul catamenial este centrat pe ovulație (ponta în a 14-a zi). Pînă la a 14-a zi este faza foliculară (variabilă ca durată; din ziua a 14-a pînă la a 28-a este faza progestativă (mai stabilă).

Evenimentele pe parcursul unui ciclu catamenial sînt determinate de diverși hormoni hipotalamo-hipofizo-steroizi în următoarele secvențe:

— să existe proliferarea unui folicul sub influența FSH;

— să existe secreție de estrogeni în timpul maturării foliculului, sub influența combinată a FSH care scade și LH care crește;

— să aibă loc ovulația normală cu 14 zile înainte de menoragie sub influența unui raport adecvat de FSH și LH (probabil și a cantităților mici de androgeni);

— să aibă loc luteinizarea postovulatorie a foliculului dehiscent (după unii și postovulatorie), cu formarea de corp galben tînăr nefuncțional, sub influența combinată a LH și LTH; corpul galben secretă în continuare estrogeni și începe să secrete progesteron;

— să urmeze transformarea corpului galben nefuncțional în corp galben funcțional, sub influența LTH cu secreția de estrogeni și progesteron în cantitate crescîndă;

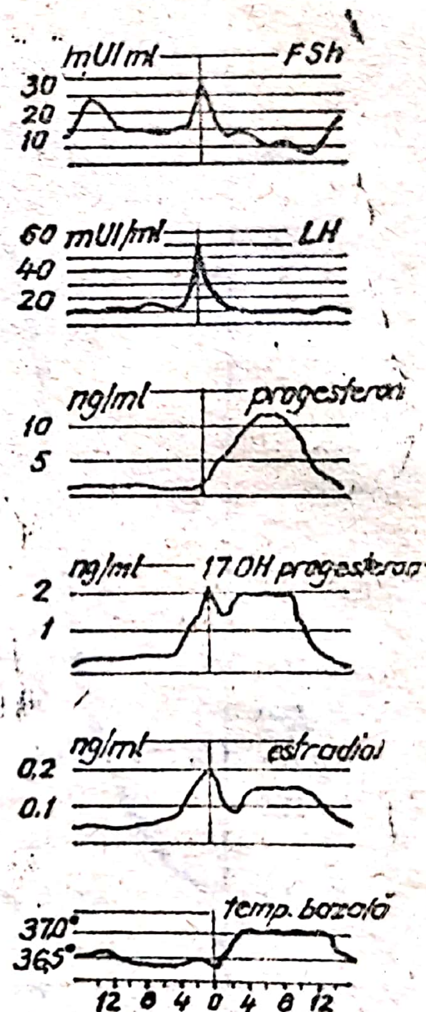


Fig. 52 — Concentrațiile serice medii de FSH, LH, progesteron, 17-OH-progesteron și estradiol în timpul ciclului menstrual normal.

— să se traducă degenerarea corpului galben, datorită LTH prin inhibarea antehipofizei;

— să se înceapă evoluția unui nou folicul sub influența FSH, care crește din nou pe măsura scăderii estrogenilor și progesteronului folicular.

Ca urmare a jocului cibernetic neurohormonal amintit, se corelează în mod adecvat și modularea sexualității soma-

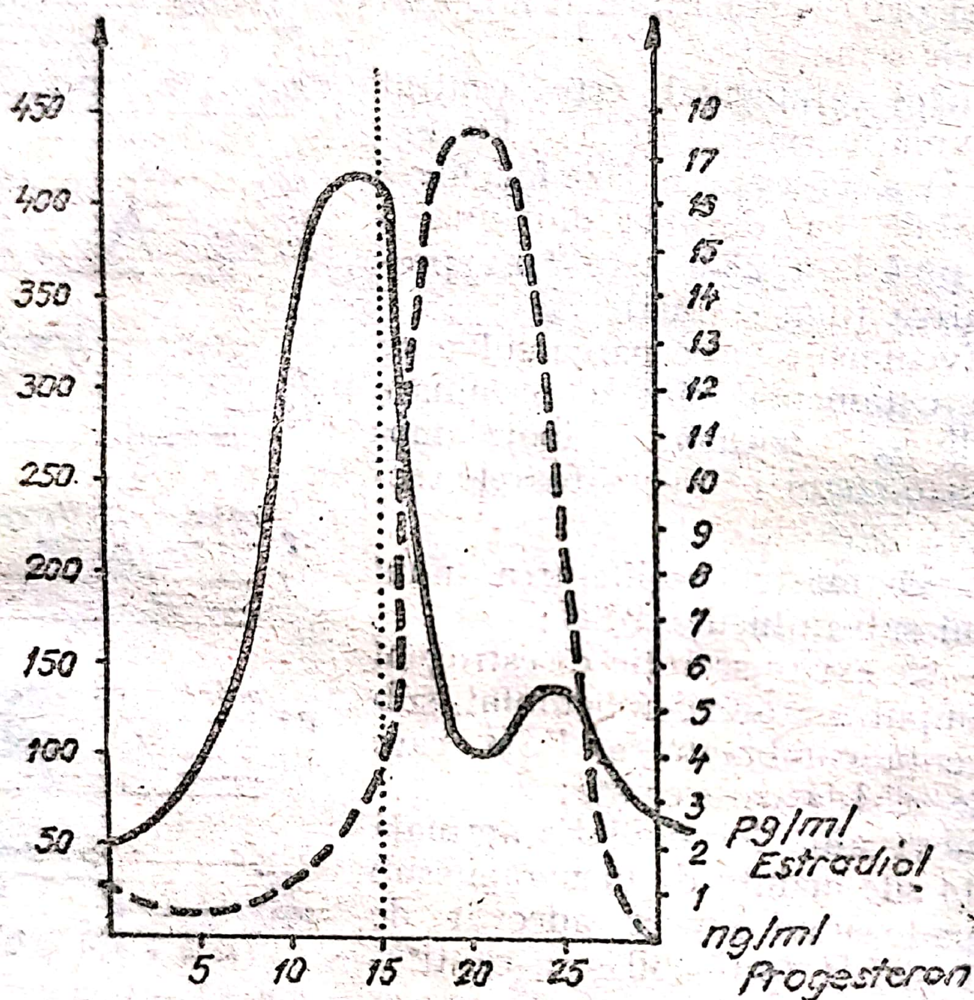


Fig. 53. — Valorile estradiolului și ale progesteronului în circulația periferică, pe parcursul unui ciclu (după Ionescu și Dumitrache).

to-viscerale, în primul rînd a aparatului genital — organele interne și externe. În consecință va exista un ciclu tubar, uterin-endometrial, al colului uterin, mamar etc.

Ciclul tubar. În perioada peripontală, musculatura trompelor devine mai activă, cu o peristaltică mai activă.

În același timp intervine o schimbare în pH-ul secrețiilor mucoasei și o activitate ciliară mai vie.

Toate acestea în favoarea antrenării și protecției oului sucționat de pe suprafața ovarului odată cu dehiscența foliculului Graaf în vederea întîlnirii cu spermatozoizii spre fecundație.

Ciclul utero-cervico-endometrial. Mucoasa endouterină, netedă, suferă modificările ciclice sub acțiunea hormonilor estrogeno-progesteronici și anume:

— în faza estrogenică o proliferare progresivă a mucoasei pînă în a 14-a zi a ciclului;

— în faza estrogeno-proliferativă între a 14-a și a 18-a zi a ciclului mucoasa se îngroașă și mai mult;

— în fața estrogeno-progesteronică, care începe din a 18-a zi și ține pînă la ivirea menstruației, mucoasa ia un aspect glandular, secretor (faza secretorie), susținută de o vascularizație activă.

Uterul este mai activ în contracțiile sale cu o antiperistaltică mai vie în perioada periportală, aceasta pentru a facilita aspirația spermei din fundul de sac vaginal.

Tot în această perioadă colul uterin secretă, prin orificiul său, un mucus filant (un bun semn al pontei), mediu biochimic și vehiculator al spermatozoizilor spre cavitatea uterină odată cu contracțiile aspirative ale acestuia.

Premenstrual, uterul devine ceva mai congestiv, mai voluminos.

În caz de nefecundare mucoasa se îngroașă; vasele îndeosebi cele venoase, sub influența unei menotoxine se necrozează ducînd la eliminarea mucoasei împreună cu un sînge incoagulabil. Cantitatea este de cca. 60 ml pe 3—4 zile.

În compoziția sîngelui menstrual intră 88% apă și 9,5% alte substanțe (hematii, mucine, albumine, globuline, grăsimi, iod, arsen, hormoni etc.).

Ciclul vaginal. În perioada peripontală celulele vaginale se cornifică, mucoasa este mai congestionată, secretînd un mucoid lubrefiant care prin pH-ul său alcalin are un rol protector și favorizator al viabilității spermatozoizilor. În mod normal pH-ul vaginal este în medie de 4—5, favorizînd inhibarea dezvoltării agenților microbieni patogeni.

Ciclul mamar. În paralel cu ciclul endometrial și sub acțiunea foliculinei (formator canalicular) și a progesteronului (formator de acizi secretori), în perioada a doua a ciclului sînii sînt mai fermi, mai congestionați, cu accentuarea desenului venos subcutanat producînd o senzație subiectivă de tensiune.

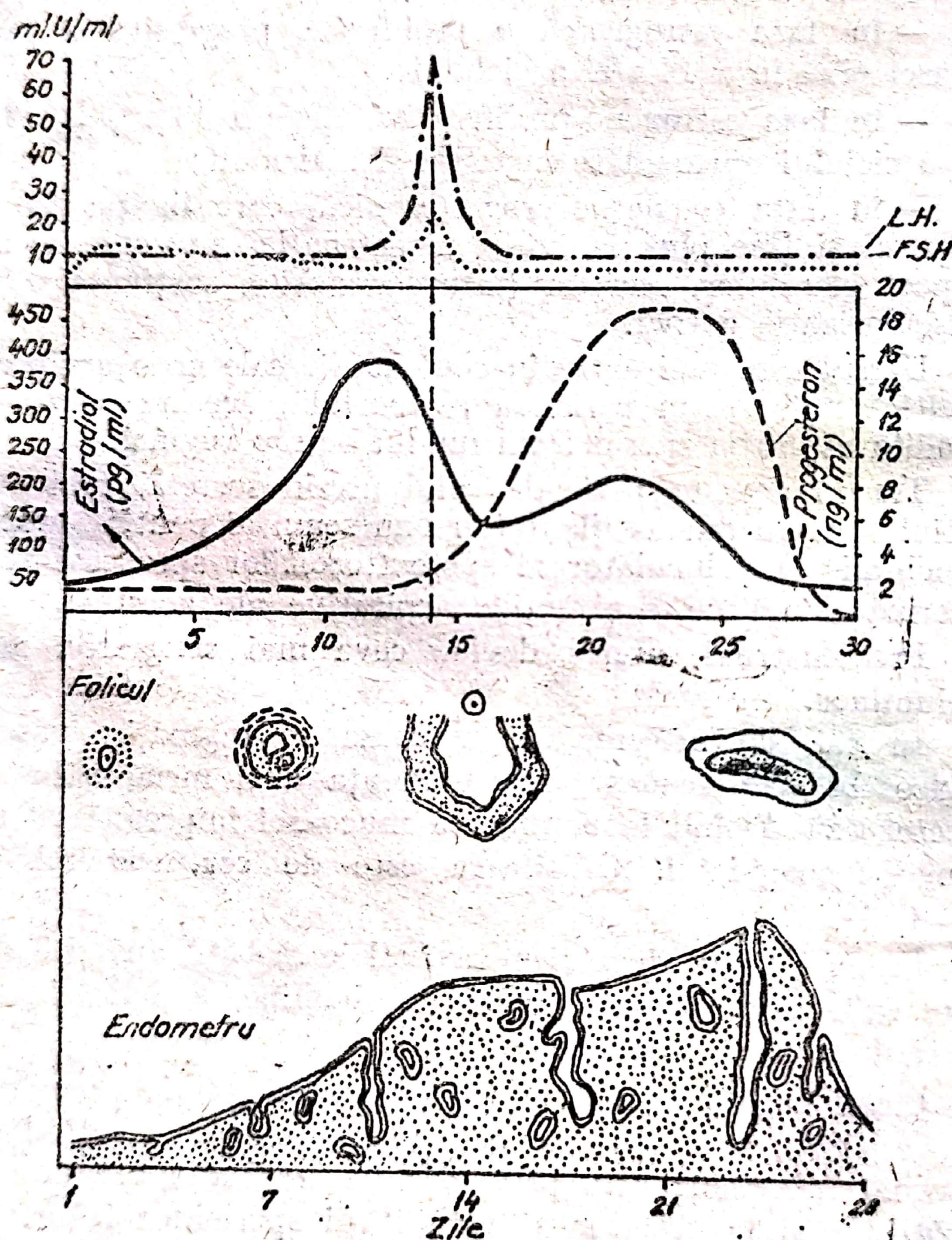


Fig. 54 — Evenimentele hormonale la nivelul hipofizei și al ovarului și evenimentele morfologice la nivelul ovarului și endometrului de-a lungul unui ciclu (după Ionescu și Dumitrache).

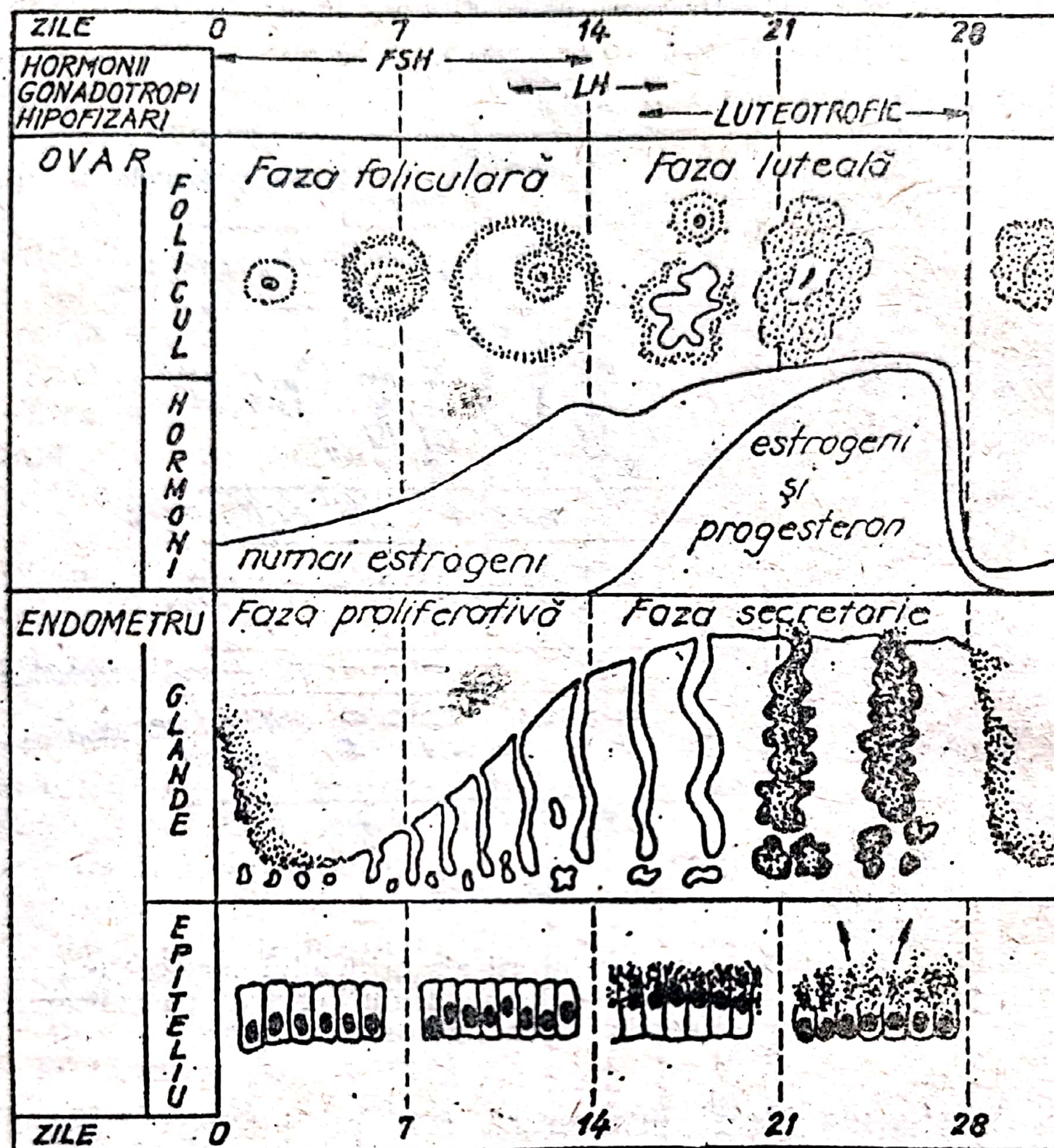


Fig. 55 — Secvențele modificărilor ciclice ale secreției de gonadotropi hipofizari, ale dezvoltării foliculului ovarian și secreției de hormoni ovarieni și ale endometrului, în cursul unui ciclu menstrual de 28 de zile (după D. Hubble).

Există o întreagă documentație prin care se relevă modificările obiectivabile ale funcțiilor sistemului nervos, a comportamentului sexual, precum și modificările tuturor constantelor biologice în lanțuri sistemice ce creează linii de forță, eșafodînd cu fiecare ciclu catamenial procreația — actul biologic cel mai angajat din întreaga existență a femeii.

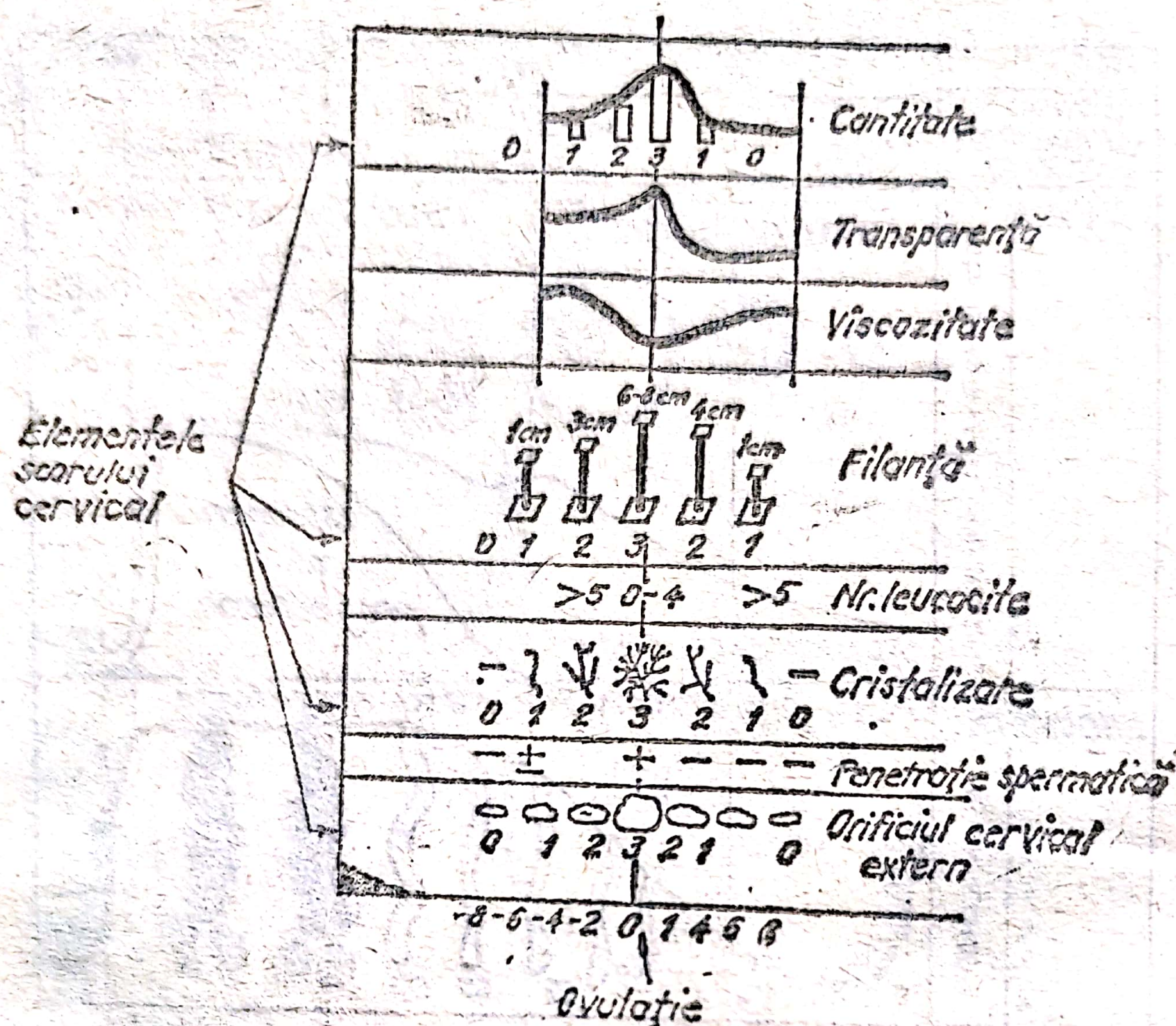


Fig. 56 — Modificările periovulatorii ale orificiului cervical extern și ale principalelor caracteristici ale mucusului cervical, cu indicarea parametrilor scorului cervical.

Aceste modificări interesează atît pe internist, endocrinolog, psihiatru etc., constituind piese obiective în structurarea unui diagnostic de profil, cît mai ales pe sexolog, oferind o imagine exhaustivă asupra simbiozei, organism psihosomatic-grefa sexualității.

4.2.4.2. Bioritmul patologic

Prezența particularităților morfofiziologice și, mai ales, a celor patologice cu dramatismul lor, la femeia gestantă, a generat obiectul disciplinei ginecologie-obstetrică.

Complexul psihosomatic antrenat de menopauza femeii cu toate bizareriile dar și cu suferințele reale ale acesteia, constituie un capitol bine individualizat al geriatriei.

În contrast cu preocupările polarizate de precedentele evenimente (gestaţie, menopauză), se pare că preocupările pentru fiziologia-fiziopatologia „obişnuitului", pe parcursul celei mai lungi perioade a vieţii, în speţă perioada ciclurilor catameniale, se află încă în faza aprecierilor unilaterale, într-un noian de incertitudini conceptuale şi, în orice caz, într-o nepermisă neglijare în practica medicală actuală.

Emanciparea femeii sub toate raporturile, în actuala viaţă modernă, cu solicitările tot mai ample şi diversificate, nu fără riscurile inerente însă, impune o înţelegere şi o atitudine mai judicioasă faţă de normalul incomodităţilor psihosomatice pe care femeia le acceptă, le tăinuie, în virtutea unui implacabil, sortit de menirea sa biologică.

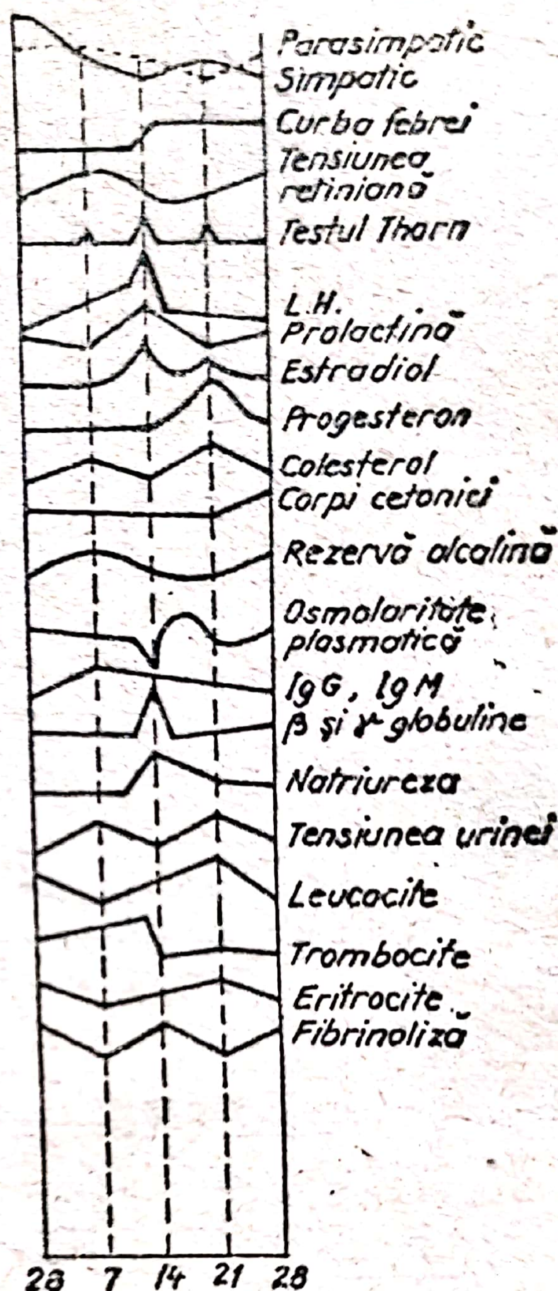


Fig. 57 — Variaţii neuro-endocrinometabolice pe parcursul ciclului catamenial.

Din cele ce urmează se degajă un imperativ incontestabil, că *sindromul catamenial* (bioritmul catamenial patologic) nu mai trebuie privit ca o expresie a unor simple „capricii feminine". Bagatelizarea sau minimalizarea în această problemă riscă să demaşte ignoranţa faţă de o categorie de fenomene parafiziologice, în cadrul cărora se prefigurează patogenia, forma clinică, evoluţia, complicaţiile unor potenţiale debordări patologice, în cadrul diferitelor discipline medicale, inclusiv în viaţa sexuală.

De altfel, realitatea acestui sindrom a fost intuită încă de către Hipocrat. El vorbea de o „agitaţie a sîngelui în căutarea ieşirii lui din uter". De atunci, numărul celor care

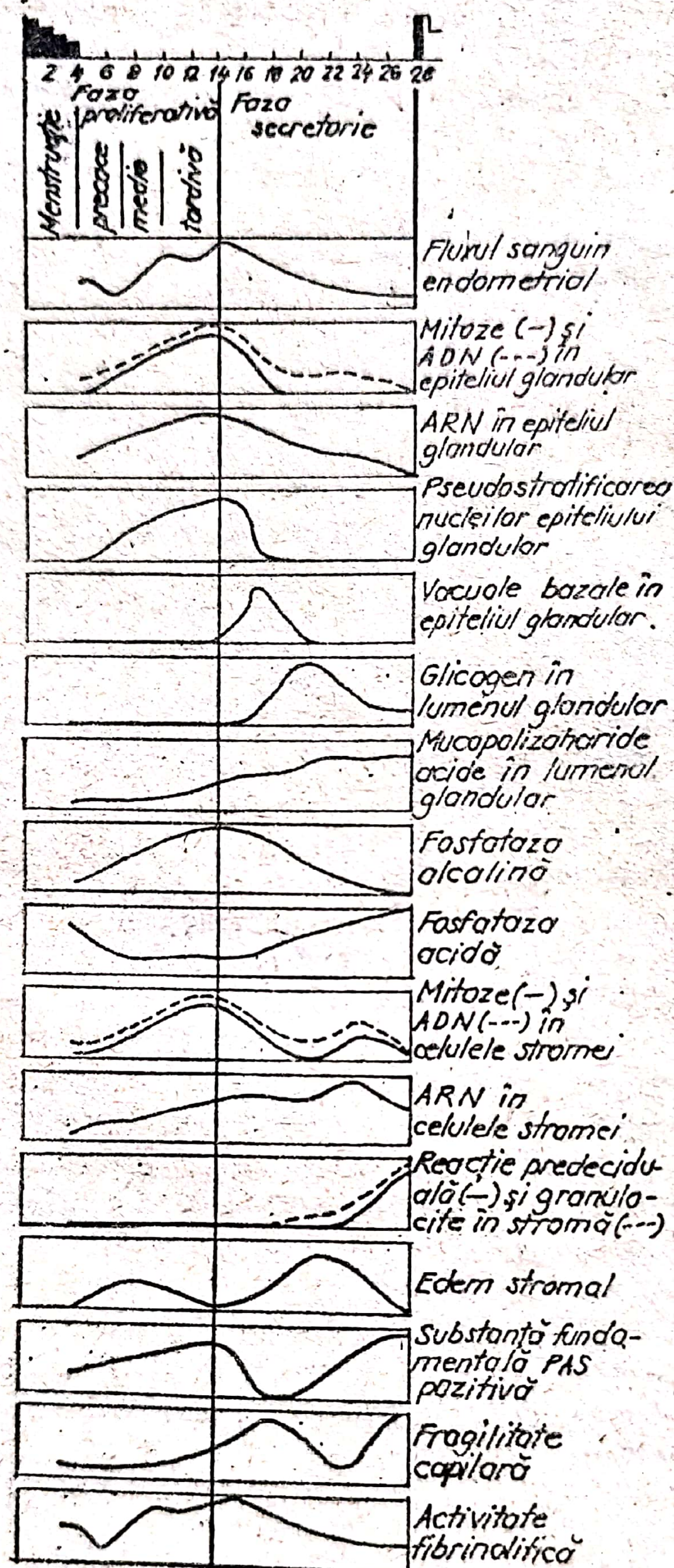


Fig. 58 — Principalele modificări endometriale în cursul ciclului menstrual (modificat după Noyes și colab.).

s-au preocupat de această problemă, figuri proeminente, se numără cu sutele.

Frecvența acestui sindrom este referată de statistici în procentajele cele mai variate:

— debutul s-ar instala odată cu menarha; s-ar perpetua cu oarecare variație pe toată etapa genito-gonadică activă; dispare tranzitor pe perioada sarcinii și definitiv odată cu menopauza; sindromul ar fi totuși mai frecvent între 15—30 ani, dar în 30% și după 40 ani;

— sindromul clinic ar fi prezent la 40—60% dintre femei;

— în decursul sindromului, 36% dintre femei ar uza de medicamente; doar 5% ar solicita medicul.

Apreciem în legătură cu acest din urmă procent că el se referă numai la solicitările de tip „ginecologic".

Într-adevăr, pe o lungă perioadă, nomenclatura, identitățile sindromului catamenial s-au referit la parametrii somatici ai feminității: „congestie pelvină" (școala americană), „congestie genito-mamară", „tensiune premenstruală", „plexalgie hipogastrică", „menoralgie" (școala franceză), „pelvipatie vegetativă" (școala germană).

Denumirile mai noi de „sindrom hiperfoliculinic" sau „sindrom hiperestrogenic" încercînd să reliefeze o etiopatogenie cu implicații ce depășesc localicismul, se mențin totuși în limitele unei concepții trunchiate endocrino-viscerale. Ori, viziunile trunchiate și extremiste menționate frustrează integralismul biologic.

Denumirea de „sindrom premenstrual", termen clinic cu cea mai largă circulație actuală, încearcă să se situeze deasupra unilateralității dar, pe cît de lipsit de conținut, pe atît este de necuprinzător pentru realitatea concretă.

În acest sens este destul să amintim și numai existența recunoscută deja a „sindromului de pontă" („intermenstrual").

— *Sindromul de pontă:* cu sinonimele sale de „sindrom intermenstrual", „sindromul celei de a 14-a zi", „Mittelschmerz"-ul german este mai frecvent semnalat în jurul vîrstei de 30 ani, inconstant și palid conturat în literatură. Frecvența lui este foarte controversată, pentru cei mai mulți autori situîndu-se cam la 15%.

Tabloul clinic însumează următoarele:

— durerea cu sediul pelvin, suprapubian, cu iradieri în regiunile lombosacrată, rect, vezică. Intensitatea ei este variabilă, de la o simplă jenă pînă la dureri paroxistice in-

tense, punind serioase probleme de diagnostic diferenţial cu apendicita, colica uretero-vezicală, ruptura tubară etc. Durata durerilor ţine de la cîteva ore la 1—2 zile (înainte de ovulaţie;

— hemoragia vaginală, minoră („mica menstruaţie") poate deveni o pseudomenstruaţie prin cantitatea sa;

— leucoreea: este o secreţie gleroasă a colului uterin, un excelent semn al pontei.

— *Sindromul premenstrual:*

— congestia sînilor: are o frecvenţă mare. Mai ales la sînii mici, apare un eritem şi căldură locală, uneori cu suferinţe penibile („ciclomastodinie"). Problema devine dificilă cînd, la simptomatologia amintită, se adaugă apariţia unor noduli (acinoşi galactofori) congestionaţi, uneori chiar cu o reacţie ganglionară axilară;

— congestia abdomino-pelvină: face parte din „congestia" generală, exprimată cu deosebire prin tuşeul vaginal hipersensibil, sensibilitatea hipogastrică, balonare abdominală;

— retenţia apoasă: este extrem de frecventă (după majoritatea autorilor de 70%). Ea are un caracter fronto-temporo-orbital sau, mai rar, cu caracter migrenoid, cînd se poate însoţi şi de greţuri, vărsături;

— sindromul neuropsihic: este aproape nelipsit, întrunind o largă gamă de manifestări, în parte acceptat cu înţelegere sau resemnare atît de femeie cît şi de cei din jur. Astfel, se semnalează în comportamentul femeii spirit de independenţă sau inerţie, încăpăţînare sau depersonalizare, irascibilitate sau negativism, melancolie, excentricitate sau conformism, erotizare sau frigiditate, tulburări vegetative etc.

Nu e întîmplător că în cadrul acestui sindrom, asimetriile personalităţilor dizarmonice ies în evidenţă şi că în această fază femeia devine capricioasă, cu randament intelectual şi fizic modificate, absenteism la locul de muncă, delincvenţă, suicid, omucideri chiar.

Natural, aceste realităţi clinice au solicitat întotdeauna o bază explicativă patogenică. Aceasta s-a oferit progresiv, în măsura cunoştinţelor generale de etapă istorică, de la interpretările intuitive la conceptele tot mai ştiinţifice închegate.

Pe parcurs s-au etalat etiopatogeniile: carenţe vitaminice, toxine, inflamaţii, dismetabolism, intoxicaţie apoasă,

hormonale (disarmonia cuplurilor endocrine), alergice, neurovegetative, neuropsihice.

O analiză profundă, pe baza cunoştinţelor şi concluziilor din literatură, dar mai ales pe baza unei îndelungate şi judicioase experienţe personale în problemă, demonstrează inadecvarea acestor etiopatogenii atunci cînd au pretenţie de generalizare.

Credem că termenul de circulaţie actuală ca „sindrom premenstrual" nu poate fi acceptat şi perpetuat, deoarece el nu acoperă nici măcar existenţa recunoscută a „sindromului de pontă", ne mai amintind şi de existenţa altor momente de criză pe parcursul ciclului catamenial.

De asemenea, termenul de „sindrom hiperestrogenic", la fel de răspîndit (ceea ce subliniază încă odată inconsistenţa şi inadecvarea acestor etichete), nu se bazează pe investigaţii hormonale cu valoare absolută: administrarea estrogenilor nu reproduce sindromul, manifestările parapatologice nu coincid cu dominanţa estrogenică din cadrul ciclului.

Plecînd de la un studiu efectuat pe aproximativ 5 000 femei care au solicitat consultul medical la nivelul dispensarului, policlinicii şi în cadrul clinicii de boli interne, am putut conchide cu o mare acurateţe că debutul aparent clinic al suferinţelor subiective a pacientelor respective (genito-gonadice active) se eşalonează pe tot parcursul ci-

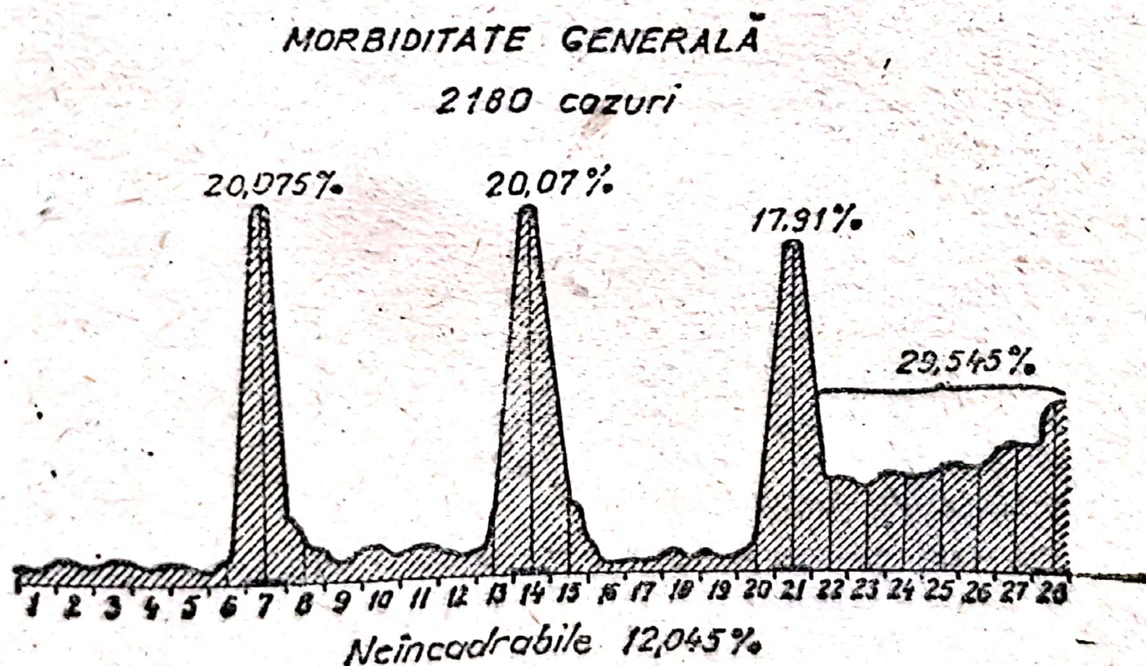


Fig. 59 — Incidenţa morbidităţii globale pe parcursul ciclului catamenial.

clului catamenial de 28 zile și, în același timp, se grupează cu o mare densitate în jurul zilelor a 7-a, a 14-a, a 21-a și ultima săptămînă premenstruală. Figura 59 ilustrează pregnant această realitate.

Este adevărat că incidența morbidității generale (gastrointestinale, cardiovasculare, respiratorie, reno-urinare, hematologice, reumatice, alergice etc.) este mai densă în săptămîna premenstruală, dar existența și a altor perioade de „criză" pe calendarul ciclului nu mai permite consacrarea termenului de „sindrom premenstrual". Din aceleași motive sînt suprimate și bazele așa-numitului „sindrom hiperestrogenic" (a 7-a zi este în afara zonei de estrogenie, „crizele" sînt intermitente, de cîte o singură zi).

Pregnanța implicației bioritmiei femeii active genito-gonadic, în antrenarea celor mai variate suferințe a bolii „*de novo*" sau a recidivelor, a complicațiilor, la intermitențe de cîte 7 zile ne îndreptățește, pînă la o nomenclatură mai adecvată, să etichetăm sindromul catamenial cu o formulă mai corespunzătoare clinic, mai promițătoare în sugestii de sistematizare a investigațiilor, mai operativă în acțiunile practice și anume cu cea de „patogenitate cvadriciclică catamenială".

Cum s-a putut vedea, cu toate că eticheta respectivă este sugerată de clinică, ea poate să-și asume și sugestii pentru o oarecare fundamentare etiopatogenică.

O primă adîncire în acest sens ne arată o surprinzătoare suprapunere a zilelor de „criză" (7, 14, 21—28) cu unele „frînturi", decalaje în dinamica curbelor biochimice, hormonale, neurovegetative de pe parcursul ciclului catamenial.

În acest sens, departe de a nesocoti sau a minimaliza numeroasele date, teorii care stau la baza interpretării așa-zisului „sindrom premenstrual", teorii pe care le-au amintit și care pot fi veridice sub aspect particular, elementar, avem convingerea că ele își păstrează importanța numai în măsura în care nu-și arogă exclusivitatea și se ierarhizează într-un complex ce interesează întregul organism, dinamizat de strategia sexualității.

Căci, mai presus de etiopatogeniile amintite (vitaminocarențială, inflamatorie, toxică etc.) par să-și sublinieze importanța unele momente de dezechilibrare-echilibrare biologică, momente de criză fiziologică, adevărate „cibernoze" în limbajul și concepțiile curente.

În cadrul acestor „crize" veriga nervoasă, hormonală, metabolică, imunologică etc., care nu este capabilă a se integra armonios în cadrul oscilațiilor biologice codificate, în speță ale presarcinii, creează premiza fiziopatologică, determinînd prin ea însăși un nucleu morbid sau devenind amorsă facilă pentru orice factor solicitant-stresant.

Orice entitate biologică este un macrosistem ce implică elemente ordonate ierarhic (microsisteme). Acestea din urmă, pe lîngă o anumită subordonare codificată în raport cu macrosistemul, sînt dotate cu o anumită autonomie.

Organismul feminin ca entitate biologică este și el un sistem ierarhic structurat pentru o anumită finalitate. Prin urmare, acest sistem în cadrul strategiei fundamentale (procrearea), se autoreglează și se adaptează perpetuu.

„Regulile jocului" (codul) elementelor, microsistemelor sînt impuse de „rațiunea", adică de experiența genotipică și fenotipică a sistemului biologic — organismul feminin.

Sistemul biologic, ca orice sistem în care se ignorează ierarhizarea (codul — regulile jocului) în lumina strategiei poate intra în criză.

Se pune întrebarea dacă „patogenitatea cvadriciclică" este o problemă a ginecologiei sau a psihologiei — așa cum a fost văzută inițial (ca sindrom premenstrual). În acest sens, studiile noastre asupra feminității neuroendocrine (menarha, menstra, comportamentul sexual, fertilitatea etc.) arată că aceasta nu este corespondentul unor „aberații" psihoendocrine. Debordînd cu mult limitele cadrului nosologic, așa cum este văzut de ginecologi, rezumat la sfera somatică a feminității, „patogenitatea cvadriciclică" subvenționează întreaga patologie începînd cu impasurile psihice (tentativa de sinucidere) pînă la bolile viscerale cele mai patente.

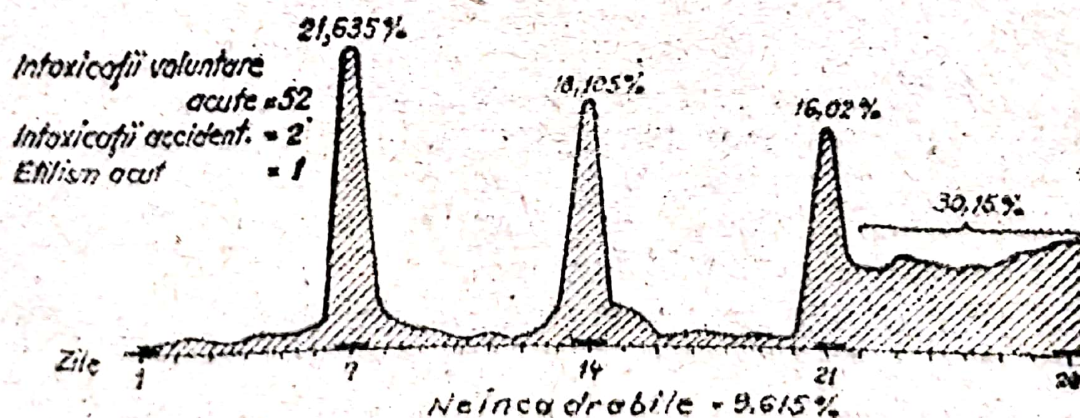


Fig. 60 — Incidența morbidității psiho-suicidare pe parcursul ciclului catamenial.

În concluzie, patogenitatea cvadriciclică catamenială exprimă o realitate incontestabilă, dar ea nu este o entitate patologică în sine. Termenul de „patogenitate“ exprimă doar o potențialitate morbidă care, dintr-un motiv sau altul se poate valida sau nu, pe plane clinic. În orice caz, ea are darul de a dimensiona sexualitatea în limitele sale cele mai largi. Patogenitatea cvadriciclică catamenială „privită de sus“ de la nivelul mecanismelor mari de bioritmie integrată (macrosistem) va fi de folos sociologilor, igieniștilor, psihiatrilor, medicinii sportive, medicinii muncii etc. Recunoașterea acestor bioritmuri feminine cu toată acuratețea, cu potențialitatea lor de a derapa spre „patogenitatea cvadriciclică catamenială“, va aprecia cu mai multă obiectivitate părerile trunchiate, disputele, controversele și deruta în problemă.

În lumina acestor recunoașteri, psihologul-psihiatrul vor fi mai ancorați în biologic, va exista atît în familie cît și la locul de muncă mai multă înțelegere pentru „bizareriile“, „capriciile“, „enigma“ feminină care au fost conturate de observația generală în formule ca *„la donna e mobile“* sau *„varia et mutabile semper femina“*.

Medicina sportivă va putea optimiza randamentul și performanțele sportive, atît prin adecvarea antrenamentelor cît și prin selecționarea loturilor pentru concurs.

Medicina muncii va trebui să realizeze o mai judicioasă repartizare la locul de muncă între cele două sexe, o iginizare, un orar de muncă și zile libere adecvate, o mai eficientă prevenire a intoxicațiilor și accidentelor de muncă.

Și nu în ultimul rînd, medicul de medicină generală, curativo-profilactică, va apela mai competent la noțiunea de „teren-reactivitate“, va putea aprecia mai just implicațiile specificului și particularităților bioritmice feminine în patologie (etiopatogenia, formă clinică, evoluție, complicații). El va putea prevede cu un grad mai mare de siguranță momentul unor declanșări morbide, recidiva sau complicațiile acestora, va putea avea o mai bună orientare în interpretarea analizelor de laborator, care nu se înscriu pe linia unei platitudini biologice.

În același timp, ar putea da indicații mai nuanțate privitoare la regimul igieno-dietetic și medicamentos economisind consumul mijloacelor materiale, scutind de implicațiile supradozărilor iatrogene, protejînd psihic și material bolnavele față de tratamentele uniforme, continue, monotone.

Dar actul medical, în ansamblul lui, este un act medico-social. Sănătatea indivizilor este în primul rînd rezultatul organizării sociale de care aparţin. Existenţa, frecvenţa aspectelor patologice şi maniera de contracarare a lor sînt în strînsă legătură cu cooperarea factorilor socio-organizatorici.

4.3. GONADOSTATUL NEURO-VEGETATIVO-HIPOFIZAR DE COMANDĂ ŞI INTEGRARE MASCULIN

Şi la bărbat, ca şi la femeie, funcţia de reproducere cu secreţia externă şi internă a gonadelor este tutelată de ansamblul de formaţiuni neuro-endocrine cerebrale care alcătuiesc „gonadostatul masculin".

Neocortexul pe de-o parte subvenţionează elementele comportamentului sexual cu o componentă psihoemotivă caracteristic umană, iar pe de altă parte recepţionează, selectează, refulează sau amplifică senzaţiile cu valoare erotică exterioară, acestea într-un amplu decor de excitaţii ale mediului fizic (lumină, căldură, alimentaţie, radiaţie) şi într-un cadru de tonus biologic conform cu homeostazia interoceptivă.

Formaţiunile neocortexului, paleocortexului (sistemul limbic şi blocul hipotalamo-hipofizar, cu mesagerii neurofuncţionali — monoamine, factorii „*releasing*" şi inhibitori) sînt aproximativ aceiaşi ca şi la femeie.

La bărbat, FSH-ul bipofizar este foarte probabil necesar pentru transformarea spermatocitelor în spermatide şi spermatozoizi, deci în legătură cu funcţia gametogenetică iar LH-ul bipofizar în legătură cu funcţia hormonală.

Spre deosebire de femeie, gonadostatul hipotalamic este „masculinizat" încă din perioada embrionară de gonada masculină, activă încă din acea perioadă, anulînd pentru totdeauna ciclicitatea funcţională (specific feminină); activitatea hipotalamo-hipofizară, luînd un caracter stabil, linear, fără variaţii semnificative. Aceasta cu deosebire în elaborarea de FSH, LH avînd totuşi o oarecare variabilitate în legătură mai mult cu unele influenţe din mediul fizic şi psihosocial.

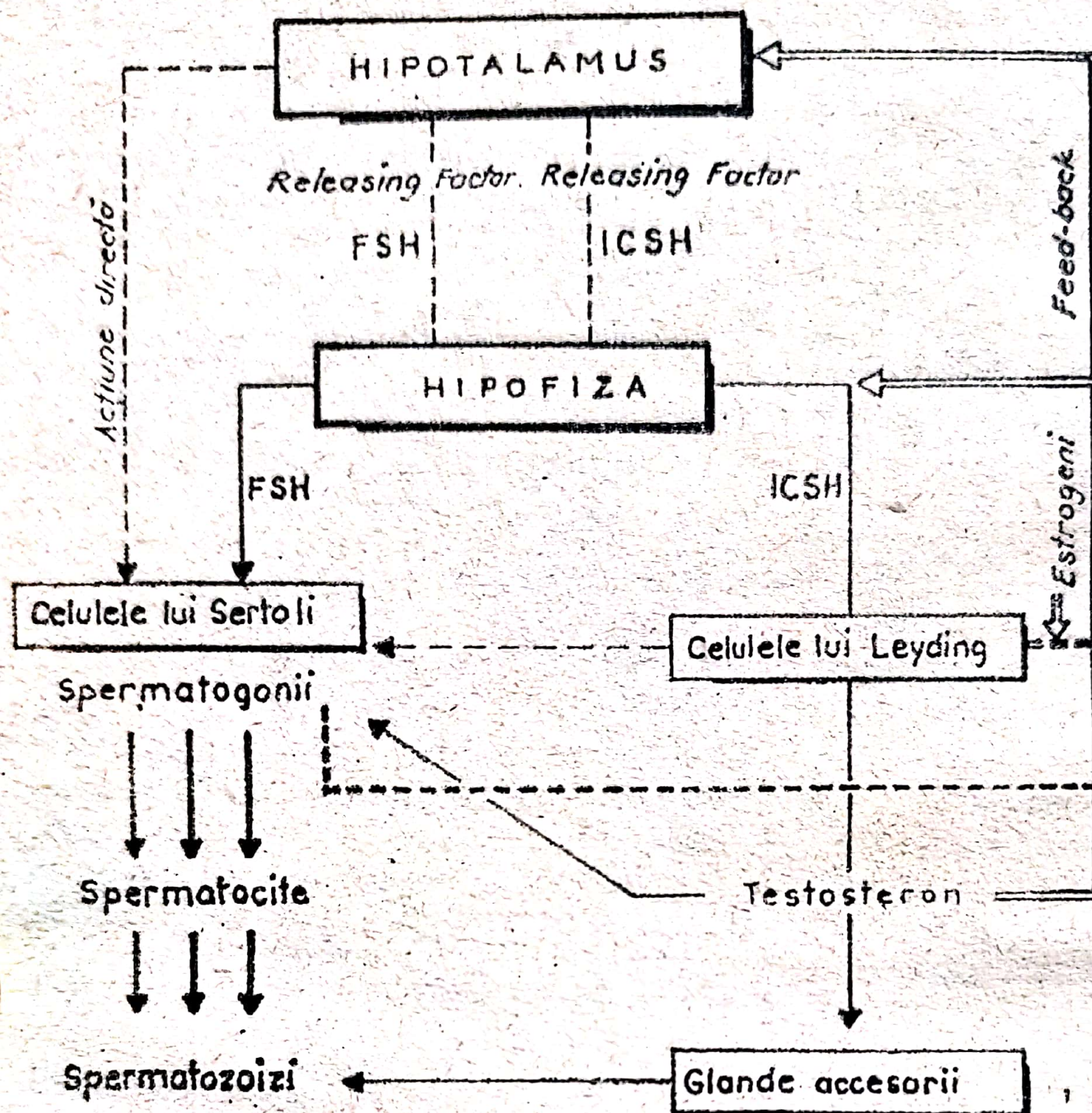


Fig. 61 — Reprezentarea schematică a comenzii hipotalamo-hopofizare în funcțiile testiculare.

4.4. APARATUL ENDOCRIN PERIFERIC MASCULIN

4.4.1. Testiculul

Este un organ dublu, de origine abdominală, descinderea testiculelor spre scrot efectuîndu-se încă din luna a III-a embrionară. Testiculul are o formă ovoidă, cîntărind 20—25 g și măsurînd 4—5/2, 5—3 cm.

Structura este complexă, distingîndu-se din afară înăuntru:

— tunica vaginală: învelește suprafața testiculului și provine din peritoneul parietal;

— albuginea: este o membrană fibroconjunctivă de culoare albă. Ea pătrunde în parenchimul testicular pe la nivelul corpului Highmore (mediastrul) lobulînd parenchimul în aproximativ 200—300 formațiuni morfofuncționale de aspect piramidal;

— parenchimul testicular este alcătuit din lobulii amintiți conținători ai canalelor seminifere, țesut interstițial și conjunctivo-vascular.

Canalele seminifere dețin funcția gametogenetică. Acestea au un diametru de 300—400 microni, 60—70 cm lungime și un număr de aproximativ 2000, cu o membrană limitantă fin contractilă prin celulele „mioide", tapetată cu celule mari neproliferative (celulele Sertoli, cu rol în susținerea și nutriția celulelor seminale-germinale în diferitele lor stadii de dezvoltare — spermatogonii-spermatocite-spermatide-spermatozoizi). De asemenea au rol în formarea unui lichid intratubular, cu compoziție diferită de plasmatic sau lichidul seminal și, care, pe lîngă că conține „inhibina" (blocantă a FSH și testosteronului) este și mediul și transportul spermatozoizilor din tubii seminiferi spre epididim. Ele dețin și un rol în fagocitarea resturilor spermatogenezei și și sinteza de estrogeni.

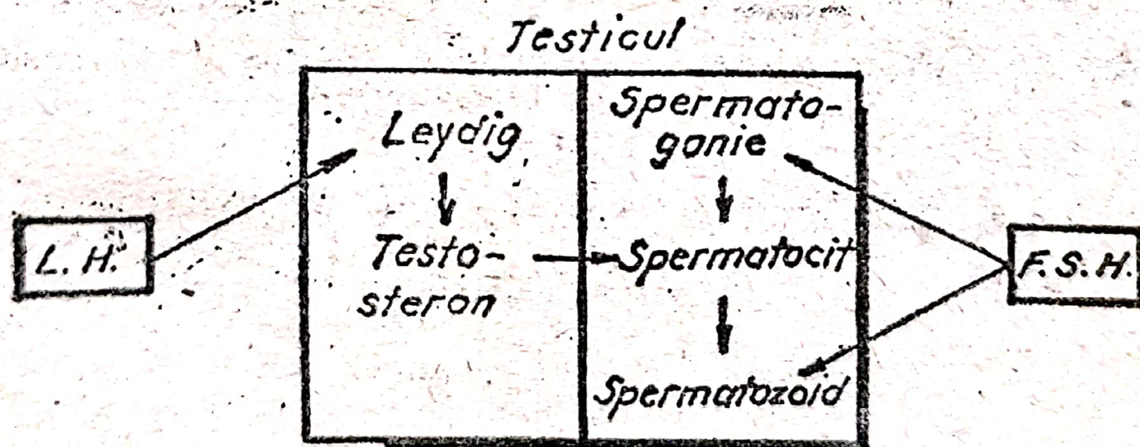


Fig. 62 — Ciclul spermatogenezei (după Ionescu și Dumitrache).

Canalele seminifere dintr-un lobul se unesc într-unul singur — canalul drept. Canalele drepte provenite de la toți lobulii se îndreaptă spre mediastru, formînd o rețea de canalicule numită „*retae testis*" (rețeaua Haller).

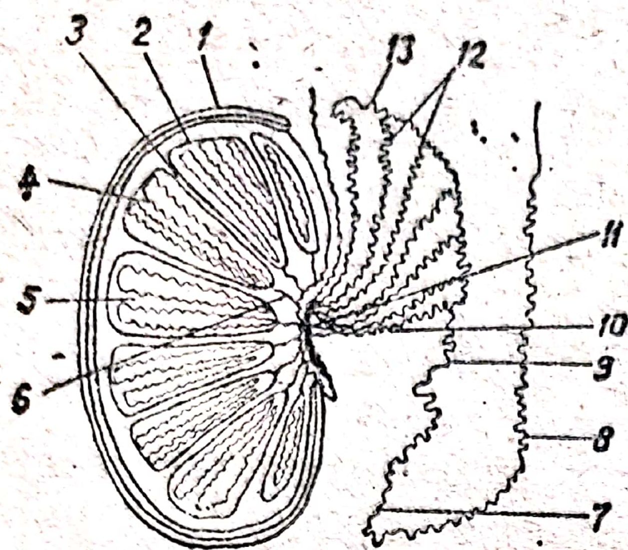


Fig. 63 — Testiculul și epididimul (schemă): 1 — tunica vaginală; 2 — albugineea; 3 — sept; 4 — canale seminifere; 5 — lobul testicular; 6 — canale drepte (rete testis); 7 — coada epididimului; 8 — canal deferent; 9 — canal epididmar 10 — rețeaua Haller; 11 — mediastin (corpul Highmare); 12 — canale eferente; 13 — capul epididimului.

Din această rețea pornesc canalele aferente care străbat albuginea și prin unirea lor formează canalul epididimar.

Pentru ca celulele germinale să ajungă la stadiul de spermatozoid sînt necesare diferite stadii de metamorfozare:

— spermatogonia: este celula sușă care, după o serie de diviziuni, ajunge la stadiul de spermatocit;

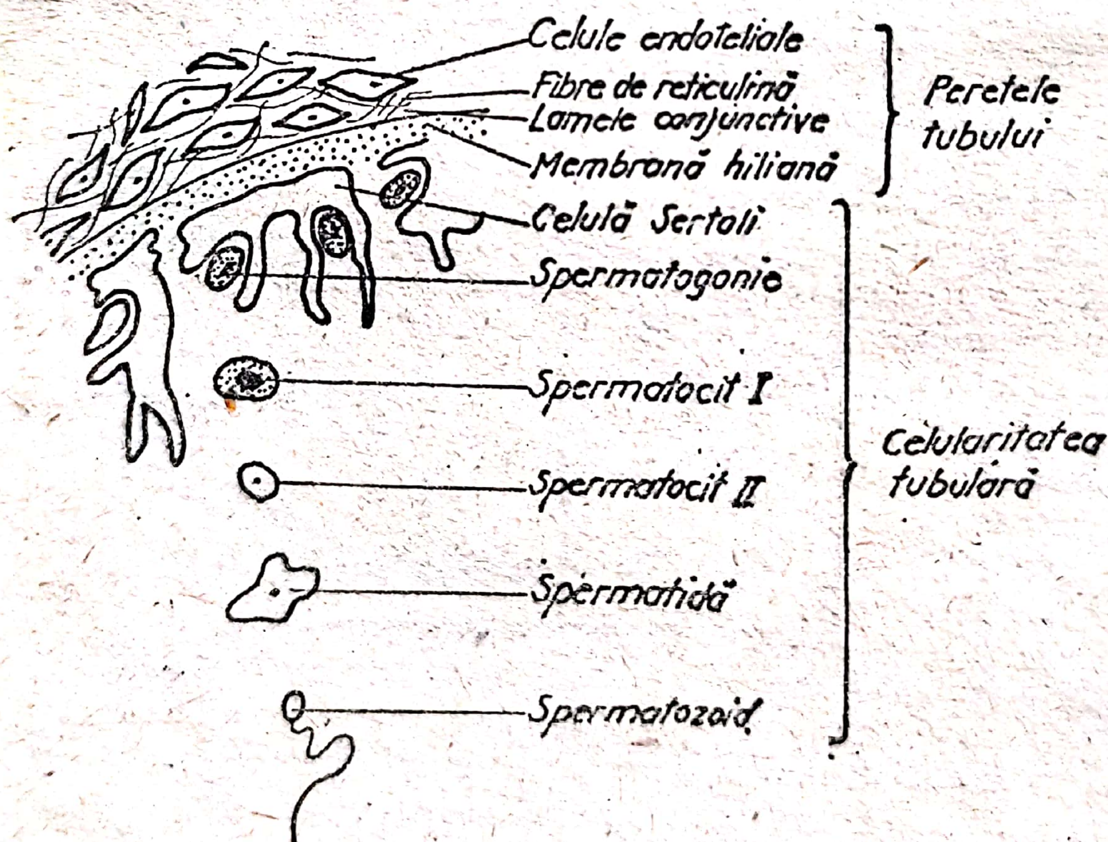


Fig. 64 — Structura tubului spermatic la pubertate (după Ionescu și Dumitrache).

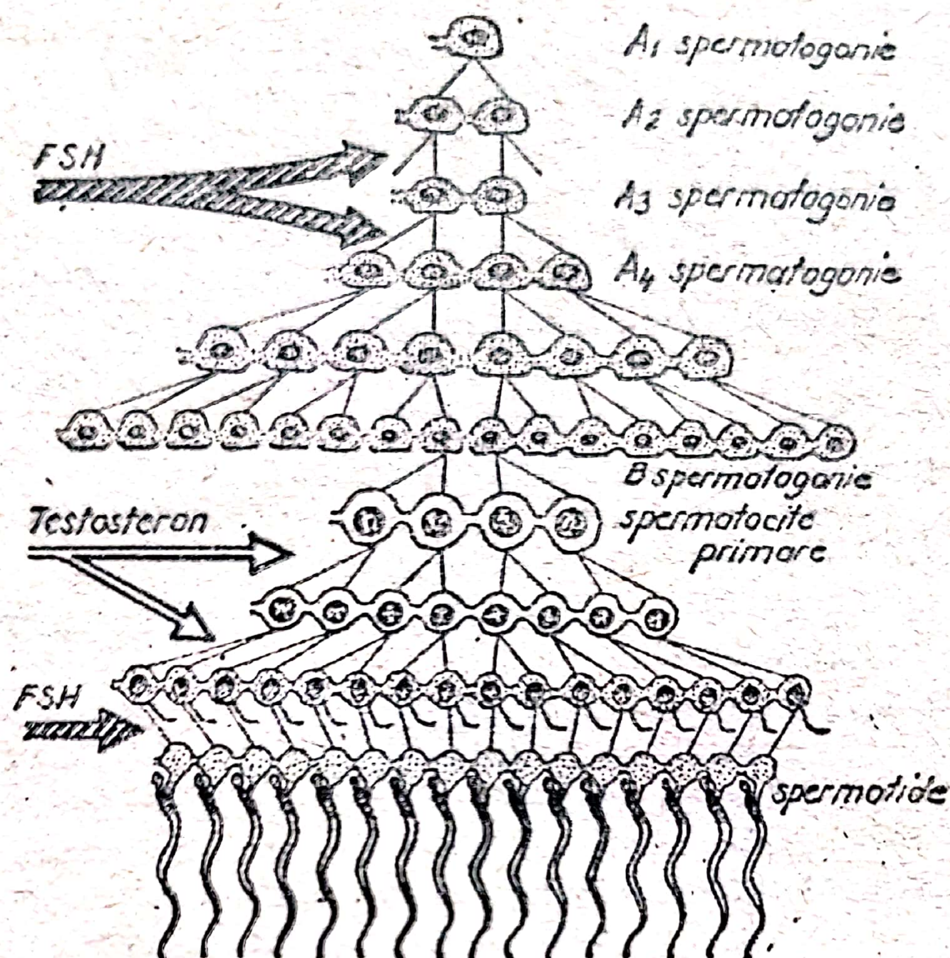


Fig. 65 — Stadiile evolutive ale celulelor germinative masculine în tubii seminiferi și acțiunile FSH și testosteronului (după M. Dym și colab.).

— spermatocitul, diploid cu 46 cromozomi (spermatocit de gr. I), printr-o diviziune meiotică reducțională rămîne cu 23 cromozomi (22 autozomi — 1 gonozom X sau Y). La a doua lor diviziune de maturație se transformă în spermatocit de gr. II sau spermatide haploide;

— spermatidele nu se mai divid și, din ele, după unele transformări, rezultă spermatozoidul.

Durata acestor metamorfozări ține aproximativ 75 zile cînd spermatozoizii maturi sînt propulsați și retenționați în rezervorul epididimar, unde se trofizează sub acțiunea dihidrotestosteronului secretat de celulele tubilor, catabolit „activ" al testosteronului.

Structura spermatozoidului este complexă, fiind alcătuit din următoarele elemente:

— capul: cu un diametru longitudinal de aproximativ 5 microni prezintă un nucleu, posesor al substratului chimic ereditar-acidul dezoxiribonucleic (ADN); aproximativ 50%

dintre spermatozoizi au capul mai mare, cu un bagaj de ADN mai bogat, aceştia fiind purtătorii de gonozomi X; cei relativ mai mici sînt purtători de gonozomi y;

— colul sau gîtul este o piesă intermediară între cap şi coadă, lungă de 1 micron şi formată dintr-un cilindru inelat;

— piesa intermediară: denumită şi „centrala energetică" a spermatozoidului, are o lungime de 5—6 microni şi conţine substanţe care condiţionează contractilitatea şi propulsia spermatozoidului (mitocondrii-ATP);

— coada, cu o lungime de 40—60 microni, are o structură din care cel mai important este filamentul axial ale cărui mişcări sînt antrenate de piesa intermediară.

Există o serie de variante de formă, mărime, agilitate, număr de spermatozoizi.

În structura lobului testicular cu tubi seminiferi, ţesut conjunctiv, vase limfatice şi ţesut interstiţial, perivascular şi susţinute de fibre de colagen, se găsesc grupate insular aşa-numitele celule Leydig al căror rol este cel endocrin, de secreţie testosteronică. Celulele Leydig au şi rolul de a frîna pe linia *feedback*-ului negativ, hormonul luteinizant hipofizar (LH) (hormonul stimulator al androgeno-secreţiei celulelor Leydig).

4.4.1.1. Hormonii sexoizi testiculari

Celulele Leydig cu sistemul lor enzimatic secretă hormoni steroizi sexuali. Aceştia, în cea mai mare parte servesc endocrinia generală, iar o parte, printr-un sistem limfatic din jurul celulelor Leydig, se varsă în tubii seminiferi avînd rolul de a amplifica capacitatea fecundantă a spermatozoizilor, troficitatea tubilor seminiferi şi a glandelor sexuale accesorii.

Hormonii sexuali masculi sînt reprezentaţi de testosteron (7 mg/24 ore) şi D_4-androstendion şi dehidroepiandro-steronul (DHEA). Mici cantităţi de hormoni androgeni sînt secretate de către corticosuprarenală (şi, după cum am văzut, şi de ovar).

Testiculul secretă aproape numai androgeni şi doar în cantităţi minore şi estrogeni.

Creşterea bruscă a nivelului hormonal testicular odată cu pubertatea, antrenează şi procesul de masculinizare a structurilor androgen-receptoare: penis, scrot, pilozitate, laringe, pulsiuni-comportament sexual.

Pe perioada adultă testosteronul menține aceste caractere masculine și, în plus, este necesar formării (spermatocit de gr. II) și trofizării spermatozoidului.

În sfera metabolismelor, androgenii favorizează sinteza de proteine, cu precădere la nivelul mușchilor; mai puțină implicație au în metabolismul glucidic și lipidic; favorizează dezvoltarea osoasă a centurii scapulare.

Mascul	Femelă
Prostată	uter
Vezicule seminale	vagin
Testicul (tubi seminiferi)	ovar
Spermatozoizi	glanda mamară (țesut canceros)
Epididim	
Canal deferent	
Penis	clitoris
Glande prepuțiale	
Piele (foliculul părului, glande sebacee) în zona:	piele (foliculul părului, glande sebacee) în zona:
scrotală	labiilor mari
pubiană	pubiană
axilară	axilară
liniei albe	liniei albe
feței	feței
Glandă mamară	glandă mamară
Mușchi scheletici (mușchiul ridicător anal)	mușchi scheletici (mușchiul ridicător anal)
Laringe (cartilaj tiroidian)	laringe (cartilaj tiroidian)
Oase (cartilaj creștere)	oase (cartilaj creștere)
Hipofiză (?)	hipofiză
Creier-unele zone (hipotalamus)	creier (hipotalamus)
Glande salivare (glande submaxilare)	glande salivare (glande submaxilare)
Ficat	
Rinichi	rinichi
Tumori sensibile la androgeni	
Uter	
Vagin	
Ovar	
Creasta de cocoș	
La embrion:	la embrion:
canalele Wolff	
măduva osoasă	măduva osoasă
ficatul fetal	ficatul fetal

Fig. 66 — Distribuția topografică a receptorilor androgenici.

4.4.2. Organele genitale interne

4.4.2.1. Epididimul

Epididimul rezultă din confluenţa canalelor seminifere, prezentînd un cap (la polul superior al testiculului), un corp şi o coadă care se continuă cu canalul epididimar, la rîndul lui continuîndu-se cu canalul deferent. Epididimul este un rezervor pentru maturarea, păstrarea şi supravieţuirea spermatozoizilor în vederea eliminării lor parţiale şi intermitente odată cu ejacularea printr-o peristaltică proprie.

Absenţa testosteronului în compoziţia chimică a lichidului epididimar deteriorează capacitatea funcţională a spermatozoizilor, intervenind o retatinare şi o fagocitoză a lor.

4.4.2.2. Canalul deferent

Este un tub cu diametrul de 0,50 mm, lung de 35—45 cm care face legătura între coada epididimului şi veziculele seminale. Împreună cu vasele, nervii şi muşchiul cremasterian alcătuiesc cordonul spermatic care susţine testiculul, prezentînd un traect sinuos în sus, apoi oblic prin canalul inghinal, apoi curb ajungînd în porţiunea dorso-inferioară a vezicii urinare.

Canalul deferent are o tunică musculară dezvoltată cu o peristaltică slabă aproape permanentă şi cu o peristaltică foarte puternică în momentul ejaculării.

4.4.2.3. Veziculele seminale

Organe sacciforme, cu o lungime de 2—3 cm şi un diametru de pînă la 4 mm, sînt aşezate la baza prostatei între vezică şi rect, avînd o musculoasă cu rol propulsiv evacuator în ejaculare şi o mucoasă ce secretă lichidul spermatic.

Sînt rezervoare de amplificare şi depozitare a spermei.

4.4.2.4. Prostata

Este o glandă unică, situată subvezical, ovoidală-bilobată, cu un diametru de 3—4 cm şi greutate de 20—25 g, manşonînd uretra primară. Este formată dintr-o capsulă fibroasă şi o stromă conjunctivă musculară care conţine 30—50 formaţiuni glandulare ale căror canale se varsă în lumenul uretrei.

Aceste glande elaborează un lichid fluid, tulbure-lăptos cu pH uşor alcalin şi care are un rol în primul rînd de fluidifiant al spermei primare care vine din veziculele seminale în momentul ejaculării, iar în al doilea rînd cu un rol de surescitare biochimică a mobilităţii spermatozoidale.

4.4.2.5. Glandele bulbo-uretrale — Cowper

Situate sub prostată, de mărimea unor boabe de mazăre, secretă şi evacuează în uretra peniană, în momentul ejaculării, un lichid alb-gălbui-vîscos ce intră în compoziţia lichidului spermatic.

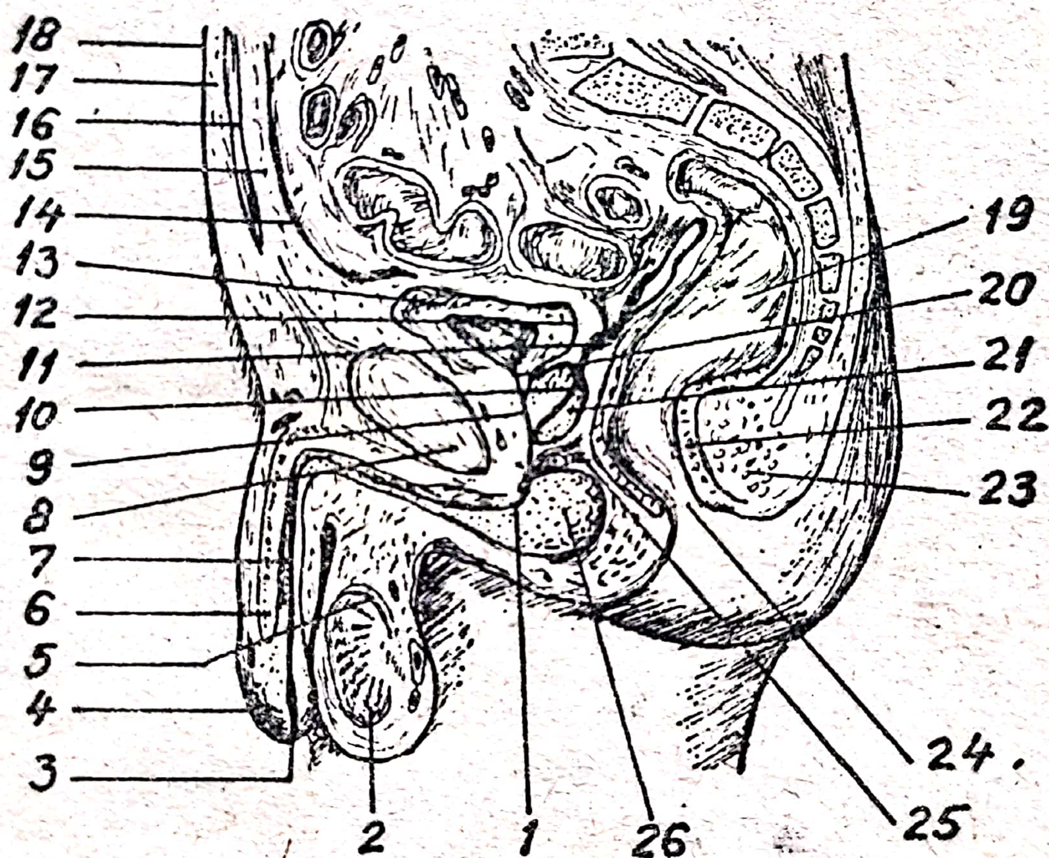


Fig. 67 — Secţiune sagitală mediană prin pelvis la bărbat: 1 — uretra membranoasă; 2 — testicul; 3 — orificiul uretrei; 4 — glandul penisului; 5 — capul epidimului; 6 — corpul cavernos al penisului; 7 — corpul spongios uretral; 8 — simfiza pubiană 9 — uretra prostatică; 10 — canalul ejaculator; 11 — vezicula seminală; 12 — fundul de sac vezico-rectal; 13 — vezica urinară; 14 — peritoneul parietal; 15 — strat subperitoneal; 16 — muşchiul drept abdominal; 17 — ţesut cutanat; 18 — tegumente; 19 — rect; 20 — colul vezical; 21 — prostata; 22 — sfincterul intern (neted); 23 — sfincterul extern (striat); 24 — orificiul anal; 25 — muşchiul transvers perineal; 26 — bulbul uretrei.

4.4.3. Organele genitale externe

4.4.3.1. Penisul

Este organul erectil copulativ mascul şi de depunere a spermei în fundul de sac vaginal. Are o formă cilindrică, cu o lungime, în stare flască între 8—10 cm, cu o porţiune fixă în perineu (rădăcină) şi o porţiune liberă (corpul şi glandul).

Structura sa anatomică, din afară spre înăuntru, este următoarea:

— un înveliş cutanat fin şi mobil în continuare cu tegumentele regiunii pubiene;

— un inel din fibre musculare netede cu rol în erecţie, prin comprimarea venei dorsale peniene;

— un strat celular lax cu vase şi nervi superficiali, ce permite mobilizarea tegumentelor peniene;

— un înveliş conjunctiv elastic ce face corp comun cu corpii cavernoşi;

— corpii cavernoşi: sînt cilindri cu capetele mai ascuţite situaţi pe partea superioară a penisului, depărtaţi de un sept perforat ce permite astfel comunicarea între ei.

Extremităţile posterioare ale lor se inseră pe oasele pubo-ischiatice, formînd rădăcina fixă a penisului; extremităţile anterioare se întîlnesc sub capişonul glandului.

Membrana conjunctivă a penisului înconjură corpii cavernoşi trimiţînd fascicule trabeculizante în interiorul acestora şi formînd aşa-numitele areole lacunare ale corpilor cavernoşi care comunică cu arterele şi venele cavernoase;

— corpul spongios al uretrei: este o formaţiune unică situată de-a lungul şanţului inferior realizat de cei doi corpi cavernoşi, de structură tot spongioasă (erectilă) ce manşonează uretra de la bulbul său posterior pînă la orificiul anterior al acesteia, meatul urinar.

Anterior corpul spongios al uretrei se dilată mult, ca un capişon, cu o coroană ce depăşeşte în diametru corpul penisului şi care se numeşte gland. Glandul are un rol mecanic în excitaţia copulatorie; este şi el erectil conţinînd sub tegumentul său fin numeroase formaţiuni nervoase senzitive. El este acoperit de prelungirea tegumentelor — prepuţul, care se inseră pe porţiunea inferioară a glandului prin frenul prepuţial şi care are în structura lui glandele Tysson care elaborează smegma prepuţială.

4.4.3.2. **Uretra**

Este un canal, lung de 10—14 cm, ce se întinde de la fundul vezicii urinare, prin corpul spongios al uretrei, pînă la meatul urinar din vîrful glandului.

Ea are mai multe segmente: uretra prostatică de 3—4 cm în care se deschid canalele ejaculatoare și excretoare ale prostatei, canal controlat la ieșirea din vezică printr-o formațiune circular-musculară numită sfincterul intern al uretrei; uretra membranoasă: de 1—2 cm în continuarea precedentei în regiunea perineală, a cărei deschidere este controlată de sfincterul uretral extern; uretra peniană străbate penisul prin manșonul său spongios, pe o lungime de 10—14 cm și se termină la nivelul meatului glandular.

4.4.3.3. **Scrotul** (bursele testiculare)

În prelungirea tegumentelor perineale, se formează prin sudare mediană, alcătuind un sac bilocular, susținătorul testiculelor. El este format din tegument subțire, elastic, încrețit, pigmentat, cu glande și peri rari.

Sub aceste tegumente se găsește un țesut foarte lax (tunica celulară); o pătură subțire musculară striată (tunica musculară) și o pătură fibroasă ce vine în contact cu albuginea testiculară (tunica fibroasă).

Scrotul are rolul de a menține testiculul la o temperatură mai joasă, cu 2—3°, condiție esențială pentru procesul de spermatogeneză. Temperaturile mai ridicate defavorizează spermatogeneza.

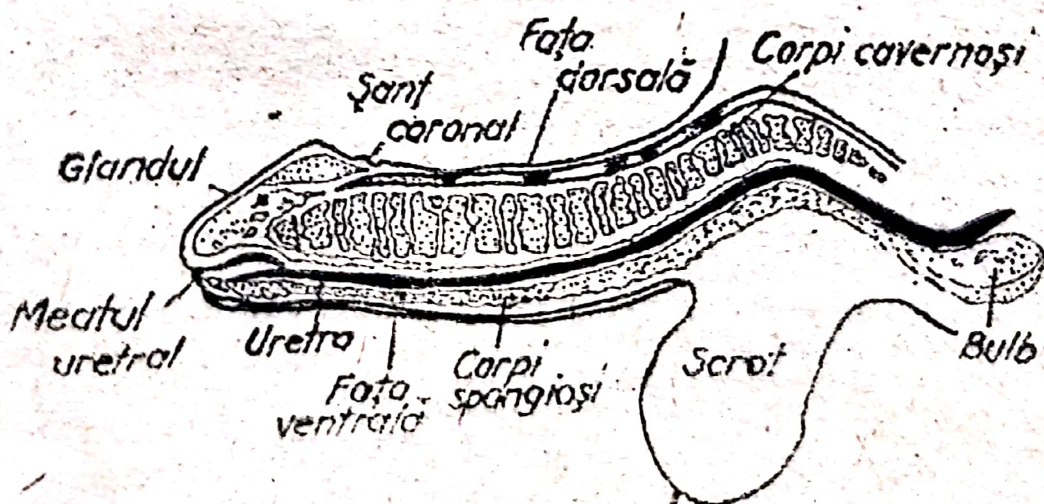


Fig. 68 — Penisul: anatomia normală — vedere laterală (după Masters și Johnson).

Bibliografie selectivă

Aburel E., Georgescu E. — *Stud. cerc. endocr.*, 1963, 2, 14, 209
Andreoli C. — *Minerva med.*, 1961, 32, 3, 80
Appleby B.P. — *Brit. Med. J.*, 1960, 5, 170, 391
Aschoff Y. — Chronobiological Aspects of Endocrinology, Stutgart, 1974
Baciu I., Derevenco P. — Bazele fiziologice ale ergonomiei, Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1984
Backstrom T. — *J. Steroid. Biochem.*, 1976, 7, 473
Bălțăceanu I. Oct. — Patologia internă la femeie, Ed. Medicală, București, 1983
Bauman G., Marynick S. — *J. Clin. Endocr. Metab.*, 1977, 44, 199
Benedek L.Y., Jaszman N. — *Lancet*, 1976, II, 1 095
Bittman E. — Cibernetica și biologia, Ed. Științifică, București, 1974
Bogaeri L.Y. — *Nouv. Presse med.*, 1978, 43, 3 921
Borbath A., Rona M. — *Stud. Cerc. Endocrinol.*, 1963, 2, 14, 276
Botello-Lusia Y. — Endocrinology of Women, Ed. Saunders, Philadelphia, 1983
Briese Maria, Ionescu Angela — *Stud. Cerc. Endocrinol.*, 1963, 2, 14, 273
Briese Maria, Feher Marg. — *Stud. Cerc. Endocrinol.*, 1963, 2, 14, 273
Chiotan N. — Un concept cibernetic al șocului, Ed. Facla, Timișoara, 1981
Clare A.W. — *Med. et Hyg.*, 1978, 36, 365
Cohran A.A. — *Dialectica*, 1965, 49, 3, 290
Coja N., Vasiliu V. — Ginecologie, Ed. Medicală, București, 1966
Del Pozo E., Goldstein M. — *Amer. J. Obst. Gynec.*, 1975, 123, 719
Del Pozo E., Ohnhans E.F. — *Horm. Rev.*, 1976, 11
Dumitrache F., Gadin Elena — *Stud. Cerc. Endocrinol.*, 1963, 2, 14, 285
Eysenck A.Y. — *Nature*, 1968, 199, 1 051
Falconer I.R., Rowe I. — *Endocr.*, 1974, 10, 131
Forster N.R. — *Therap. Gegenw.*, 1967, 1, 52
Fournier A. — *Rev. Med. Toulouse*, 1969, 5, 4, 433
Franchimont P., Lecomte J. — *Rev. Med. Liège*, 1977, 32, 19, 594
Girod C. — *Press. Med.*, 1968, 76, 41, 1 484
Good W. — *J. Obst. Gyn. Brit. Eup.*, 1978, 85, 63
Gorgos C-tin (sub red.) — Dicționar enciclopedic de psihiatrie, vol. I, Ed. Medicală, București, 1988
Grigorescu A. — Receptorul endocrin, Ed. Academiei R.S.R., București, 1983
Haagensen G.D. — The normal physiology of the breast, in Diseases of the Breast, Philadelphia, 1971
Hauser G.A., Marti M. — *Schwiz. Med. Wsch.*, 1959, 33, 89, 870
Herschberg A.D., Gress A.F. — *Presse méd.*, 1965, 73, 27, 1 594
Horrobin D.T., Lloyd I.Y. — *J. Endocr.*, 1976, 70, 173
Ionescu B., Dumitrache C. — Sexualizarea normală și patologică, Ed. Medicală, București, 1987
Lazăroiu G. — *J. Amer. med. Ass.*, 1972, 174
Legros E.F. — *Rev. Med. Liège*, 1981, 36, 8, 372

Matriot E.E. — *Cybernetica*, 1974, 17, 3, 194
Mauvais-Jarvis P. — *Nouv. Press. méd.*, 1977, 6, 4 115
Mălcănescu M., Săhleanu V., Ionescu B. — Probleme de sexologie masculină, Ed. Medicală, București, 1978
Milcu Șt., Dumitrescu M. — *Stud. Cerc. Endocrinol.*, 1963, 2, 14, 271
Milcu Șt., Muster-Dănilă Aneta — *Stud. Cerc. Endocrinol.*, 1963, 2, 14, 271
Milcu Șt., — *Stud. Cerc. Endocrinol.*, 1963, 2, 14, 153
Moor E., Steens P. — *Acta Clin. Belg.*, 1959, 14, 6, 574
Mornex R. — *Rev. Prat.*, 1973, 11, 865
Nicolau F., Bălăceanu C. — Elemente de neurocibernetică, Ed. Științifică, București, 1967
Nyri I. — *Z. Artz. Forth.*, 1959, 52, 12, 687
Palade G.E. — *Scînteia*, 1979, 11, 523
Pancea Vera, Sneer A. — *Stud. Cerc. Endocrinol.*, 1963, 2, 14, 268
Papilian V. — Anatomia omului, Ed. Didactică și Pedagogică, București, 1979
Păunescu Podeanu A., Dinu I. — Contribuții la patogenia edemelor ovariene, U.S.S.M. Timișoara, 1956, II, 28
Perault N., Klötz H., Mamou H. — *Sem. Hôp.*, 1953, 63, 3 101
Pitiș Marcela, Grigorescu A. — Hormonii și sexualitatea, Ed. Științifică, București, 1966
Popoviciu L., Haulică I. (sub red.) — Patologia sistemului nervos vegetativ, Ed. Medicală, București, 1982
Quastler H. — Symposium of Information Theory in Biology, Ed. Pergamon, Londra, 1958
Reich M. — *Austr. Ann. Med.*, 1962, 11, 2, 41
Restian R. — *Med. int.*, 1973, 25, 3, 259
Roberth H.G., Palmer R. — *Nouv. Presse med.*, 1974, 41, 2 582
Rosa Lili, Gozariu L. — *Stud. Cerc. Endocrinol.*, 1963, 2, 14, 273
Săhleanu V. — Știința și filozofia informaticii, Ed. Politică, București, 1972
Schulz-Horst Fr. — Menstruation und innere Medicin, Ed. Thieme Leipzig, 1954
Stark G. — *Arch. Gynek.*, 1960, 194, 3, 259
Steflea D. — Reflectări crono-biologice în medicină, Ed. Medicală, București, 1984
Steflea D. — Cronobiologia și medicina, vol. I, II, Ed. Medicală, 1986
Teodorescu-Exarcu I. (sub red.) — Fiziologia și fiziopatologia reproducerii umane, Ed. Medicală, București, 1977
Văleanu I., Daniel C. — Psihosomatica feminină, Ed. Medicală, București, 1977
Watson J.D. — Moleculiarnaia biologhia ghena, Ed. Mir, Moscova, 1967, 425

5. Dragostea

*„Iubim şi admirăm frumuseţea...
Există însă un gen de frumuseţe care este reflexul sufletului"*

P. Doumier

„A iubi este fără îndoială forma cea mai înaltă a valenţelor afective"

L. D'Hainaut

„Dragostea este poarta prin care a intrat în lume îngăduinţa, bunăvoinţa, dăruirea"

Ribot

„Socializarea omului ţine de instinctele elementare şi în primul rînd de dragoste. Adevărata ambianţă psihosocială a omului este dragostea"

I. Biberi

„Omul nu este numai o fiinţă pragmatică ci şi una afectivă"
„Relaţia dintre bărbat şi femeie este relaţia cea mai firească între om şi om, relaţia care poate da o idee asupra gradului de cultură"

K. Marx

*„Iubirea-i rostul vieţii mele...
Zeii voştri pot să dispară, cetatea voastră se poate nărui dar glasul iubirii va dăinui pe mai departe"*

Antigona-Sofocle

„Inteligențele vii și pătrunzătoare nu se opresc la plăcere, ele se străduiesc să ajungă la cunoaștere“

W. Goethe

„Ca să judeci un om caută să-l vezi cum iubește“

N. Iorga

„Dragostea i-a făcut pe mulți poeți sau eroi“

Giordano Bruno

A tenta la „coborîrea pe pămînt“ și la disecarea noțiunii de dragoste-iubire, ne dă teama sacrilegiului prometeic. Ne dă teama dar și perspectiva mirajului descifrării unei taine, dintre cele mai profunde și mai esențiale, care a chinuit și a fermecat ființa umană, taină cu ajutorul căreia natura l-a înscris pe om pe traiectoria perpetuării existenței sale ca speță.

Adoptînd pertinența meditației unui mare publicist: „nu am încredere în oamenii care-și închipuie că dispun deja de răspunsuri categorice la un moment dat cînd abia încercăm să formulăm niște premize“, vom încerca totuși să pătrundem în descifrarea enigmei cu mijloace mai obiective decît s-a încercat pînă acum.

Știm din capul locului care sînt riscurile unei atari lucrări la care poți migăli fără sfîrșit, fără să poți mulțumi pe nimeni, nici chiar pe tine însuți.

De la început ne dăm seama de dificultățile de a prezenta unele noțiuni „științifice“ care să fie înțelese și să nu plictisească.

De la apariția sa pe pămînt omul iubește, dar numai de cîteva secole dragostea a devenit o problemă a introspecției sale intuitive.

Socrate întreține unele convorbiri „morale“ cu tinerii apelînd la sentimentele lor umane de cinste, respect de sine și față de sexul opus.

Afecțiunea între sexe, iubirea, umbrită de obscurantism și deformată de subiectivism a continuat să fie căutată între pasiunea senzualității și sublimarea spiritualității, între pornirea animalică și mistificarea idealistă, între prozaic și romanstism, acestea neducînd decît la imagini unilaterale, a derută.

Dacă pînă în deceniul al cincilea al secolului nostru știința nu se preocupa de problemele sexuale, de atunci încoace trebuințele, interesele omului se studiază individual în raport cu ființa socială, de care se ocupă psihologia, etica, pedagogia, stabilindu-se normele corespunzătoare în interesul societății.

Este greu de crezut că de-a lungul istoriei a existat o revoluție atît de rapidă, de vastă și de complexă ca în epoca noastră asupra naturii umane; medici și psihologi (Neubert R., Paul E.) pedagogi (Kolbanevschi W., Klumbier, Rosler, Bormarin, Kinsey), sociologi (Schofield, Hiebsch, Werwery, Bittinghöfer) și mulți alții au abordat diferite fațete ale problemei.

Mai mult, există țări în care pedagogia sexuală a devenit o problemă de stat și de program școlar.

Trebuie totuși să semnalăm că mai puține sînt publicațiile care abordează probleme de adevărată educație, etică sexuală.

Cu ajutorul științelor naturii și ale omului ca filozofia sociologică, psihologia, genetica, biologia medicală, psihofiziologia, etica, estetica, pedagogia, omul a devenit un obiect de studiu concentric.

„S-a produs saltul de dimensiuni colosale prin care omul a devenit obiectivul propriei sale alambicări, al propriei conștiințe — subiect obiectivizat".

Spiritul, cu universul său, nu s-a știut pe sine atîta timp cît nu și-a luat conceptul său drept obiect de studiu.

Cunoașterea pe care o avem astăzi despre unitatea ființei umane ca produs al interrelației între genetică și mediul ambiant, este rezultanta dificilului și îndelungatului studiu al sistemului nervos.

Într-adevăr, a trebuit să vină un Freud, Pavlov, Janet, Young, Boudoin și mulți alții care să pună bazele neurofiziologiei moderne, prin care să se explice legătura dintre organism-psihic-mediu, care să abordeze viața afectivă și mintală, pentru ca sexualitatea-dragostea să devină un obiect de studiu, un fapt integrat și cunoscut în cadrul științelor biologice.

Progresul cunoașterii creierului sub raport funcțional a impulsionat dezvoltarea neurofiziologiei și psihofiziologiei. Astfel, cu ajutorul electrofiziologiei și biochimiei, foarte multe descoperiri au înlăturat pentru totdeauna unele speculații eronate.

Studiul motivaţiei şi emoţiei, al comportamentului şi personalităţii şi în speţă al automatismelor biologice, al stărilor de sugestie şi hipnoză, al stărilor de refulare, legate de instinctul sexual, a anulat o întreagă mitologie în materie.

Psihofiziologia descoperă că pe fundalul unităţii bio-psiho-sociale, curba evolutivă a biografiei individuale este condiţionată de elementul emotiv-sentimental.

Evenimentele care înseamnă existenţa unui individ sînt rezultatul trăirilor de viaţă, ele depinzînd de modul cum ştie, cum poate, cum se dăruie altuia prin iubire.

În mijlocul acestor consideraţii generale despre fenomenul dragoste, esenţial este să cunoaştem mecanismele intime, să le stăpînim pentru a le dirija şi utiliza într-un sens util, umanizant.

De ce aceasta?... din interes educativ pragmatic... de a da o orientare cît de cît lucidă şi utilă în problemă, instrument de optimizare a vieţii tinerelor generaţii.

S-au exprimat precepte în acest domeniu de cînd e lumea, dar unanimitatea biologilor, „biologismul" neagă că atmosfera culturală ar impregna fundamental genetica biologicului, filogenia. În consecinţă trebuie ca de fiecare dată, fiecare generaţie să înveţe lecţia singură pentru sine.

Căci, dacă evoluţia culturală nu a schimbat bazele genetice ale biologicului, cultura a oferit acestuia o tot mai mare supleţe şi rafinament, mai ales acolo şi atunci unde dezvoltarea culturală a ţinut seama de parametrii genetici într-un mod conştient şi activ.

Faţă de toate celelalte vieţuitoare, omul posedă şi o a doua modalitate de transmitere a informaţiilor legată nu de acizii nucleici cromozomiali, ci de capacitatea creierului de a păstra informaţii ce-i provin în decursul existenţei sale şi de a le transmite din nou la alţi indivizi pe calea cuvîntului şi scrisului, a educaţiei.

În acest sens este nimerit să ne amintim de cuvintele lui F. Galton: „Eu afirm că fiecare generaţie are o influenţă asupra celor care le urmează şi susţin că este o datorie a noastră faţă de umanitate ca să cultivăm cu înţelepciune această influenţă, cu scopul de a obţine un avantaj pentru viitorii locuitori ai pămîntului".

Dar, atîta timp cît legile dragostei şi fericirii umane vor fi căutate în afara omului şi nu în el însuşi, subiectivismul tuturor vremurilor va continua să mutileze imaginaţia, optica noilor generaţii.

Din totdeauna sexualitatea a fost marcată de trei mari coordonate: instinctul sexual, rațiunea umană și legile scrise și nescrise ale societății.

Dar nici impulsul animalic, nici legile diverselor, societăți și nici sistemele raționale la modă, în mod separat și exclusiv, n-au determinat tipul de manifestare a dragostei, ci toate aceste trei implicații s-au interferat, s-au amalgamat într-o sinteză originală la nivelul personalității individuale, astfel că dragostea s-ar datora mai multor factori întîmplători.

Mai întîi că nu dispunem de un documentar larg în materie și nici de date sociologice ș.a. care să oglindească în mod complex și îndestulător problema care ne interesează.

Soarta istoriei a fost în general vitregă cu documentele respective. Veacurile au păstrat prioritar documentele care interesează mai mult cetatea, neamul etc. și mai puțin visurile firave și perisabile prin individualismul lor.

Înscrisul sentimentelor umane nu era un fenomen de masă. De-abia s-au păstrat cîteva tăblițe de lut, cîteva lapidarii de la curțile monarhice. S-au păstrat în schimb mai multe documente orale. Dar acestea nu mai sînt în general produsul original, căci pe parcurs ele au suferit substanțiale modificări de formă și conținut ne mai identificînd fidel nici perioada de timp, nici colectivitatea restrînsă din care a emanat, devenind astfel opere anonime transtemporale.

Cu toate neajunsurile respective, ca să ne facem totuși o idee asupra felului cum a oscilat structuralizarea sentimentalismului uman, mai mult, pentru a avea o idee asupra gradului de complexitate și coloraturii sale, va trebui să apelăm totuși la surse informative care ne pot sta la dispoziție.

Folclorul tuturor timpurilor și tuturor meridianelor pămîntului oferă cunoștinței noastre un tablou larg și cuprinzător al sentimentelor umane care conturează iubirea-căsătoria-fertilitatea, aceasta cu mult simț psihologic și cu o gingașă sensibilitate.

Dragostea între Făt-Frumos și Ileana Cosînzeana care trec peste orice obstacole în iubirea lor devotată, care vor trăi împreună pînă la adînci bătrînețe („dacă nu mai trăiesc și astăzi...“), înconjurați de copiii, nepoții și strănepoții lor, este viziunea cea mai densă, mai echilibrată, plenară, a ceea ce înseamnă dragoste.

Pe acest fundal al simțirii și înțelepciunii populare universale, istoria literaturilor scrise a consemnat eratic și episodic diverse aspecte de concepție și de trăire a dragostei.

Diverşi autori, rămaşi în analele vremurilor au visat, au gîndit şi au trăit iubirea după structura lor, condiţionată şi modelată însă de orizontul sociocultural în care trăiau, inserîndu-şi sentimentele pe paleta vulgarităţii-lascivităţii-naivităţii-gingăşiei-spiritualităţii-raţionalităţii.

Cu tot individualismul ei, dragostea nu a fost întotdeauna o problemă particulară.

Au existat instituţii ("temple") unde preotesele zeiţei iubirii, adesea recrutate din rîndul familiilor domnitoare, primeau o instruire specială întru desăvîrşirea artei dragostei, artei de a se îmbrăca, de a se machia şi împodobi, artei cîntecului, versului şi a conversaţiei seducătoare, a bunelor maniere şi a ospitalităţii etc., elemente prin care dragostea a asimilat o tot mai accentuată notă de rafinament şi umanitate.

Literatura indiană încă de acum 4500 ani, papirusurile egiptene de acum 4000 de ani, inscripţiile ebraice şi chineze de acum 3000 de ani, literatura greacă de acum 2500 de ani şi cea arabă de 1500 ani sînt modele de exprimare a dragostei ce oscilează între senzualitatea pură şi suavitatea emoţională, într-un context în care omul, natura, animalele şi chiar zeii contribuie şi se înfruptă din aceleaşi frumuseţi şi păcate ale erotismului universal.

O formă mai complexă, în care se desluşesc frămîntările şi căutările pe coordonatele sensurilor majore şi mai elevate ale vieţii, este înfăţişarea dragostei din marile epopei ale antichităţii.

— „Epopeea lui Ghilgameş" descoperită printre tăbliţele de lut ale Uruku-lui caldeean ne demonstrează viziunea cuprinzătoare între fantezie şi real a omului vremii.

— Dacă am lua în considerare numai faptul că marea epopee homerică din lumea greacă antică, un poem eminamente epic care are intenţia şi darul de a proslăvi bărbatul războinic, căpetenia stăpînită şi rece ce-şi calcă pe sentimente, credem că am înţelege incomplet relaţiile între sexe ale acestei epoci.

În acest poem legătura „de suflet" este cultivată numai între tată şi fiu, între războinic şi tovarăşul său de luptă. Afectivitatea este rezervată numai femeii...

Şi totuşi, chiar în mijlocul încrîncenării luptelor, în mijlocul încrucişărilor de sabie se desluşeşte semnificativ dragostea lui Paris troianul pentru Elena.

Tot de la greci însă (Aristotel) ne-a parvenit și cuvîntul *„philia-philein"* cu sensul de prietenie-dragoste, ce echivalează cu conceptul de astăzi de afecțiune-sentiment.

Întruchiparea cea mai expresivă a acestei interpretări este duioasa și încîntătoarea poveste de dragoste a fecioreInicei Psyche.

În operele lui Sofocle și Euripide personaje ca Atigona, Andromaca și Ifigenia iubesc cu plenitudinea întregii lor personalități, depășind senzualitatea și patima, inserînd acest sentiment printre valorile etern umane, cu toată sinceritatea, puritatea, spiritualitatea și eroismul.

De la Antigona lui Sofocle ne-a rămas acel monument în cuvinte despre iubire: „De ce vă temeți de povara apăsătoare a destinului, de ce tremurați la glasul zeilor?... Ascultați mai curînd acel glas tăinuit care răsună în propriile voastre inimi și care vă vestește că iubirea vă va mîntui. Zeii voștri vor dispărea, cetatea voastră se va nărui dar glasul iubirii va dăinui pe mai departe"...

Grecii lui Pericle nu erau mai ușuratici în dragoste. Ei afirmau că tributul datorat lui Eros, în schimbul iubirii, sînt lacrimile amărăciunii și zîmbetul încîntării, demonstrîndu-se astfel cunoașterea întregii game de vibrații care alcătuiesc dragostea.

Tot la greci, ca o alternativă a dragostei primitive și brutale, așa cum reiese din stihurile homerice, găsim și o elevată fizionomie idealistă a dragostei emanată din filozofia platoniciană: „Dragostea atrage și împinge ființele umane unele spre celelalte, ea este înnăscută în ființa umană; ea caută să restabilească natura; ea încearcă să unească două ființe distincte pentru a face una singură, ca să remedieze astfel natura lor lipsită de perfecțiune".

De altfel, filozofia platoniciană despre oameni „făcuți unul pentru celălalt" și despre dragostea „veșnică" își are izvorul într-o străveche legendă de pe meleagurile Eladei.

Filozofia platoniciană însă, cu toată elevația ei, suferă de două neajunsuri:

— ideea imperfecțiunii umane, inividul fiind doar o „jumătate", cu neputințele și iresponsabilitatea acestei neîmpliniri ale sale;

— ideea dragostei „eterne" și „absolute" — o iluzie pe care realitatea o poate transforma adesea într-o amară și dureroasă decepție.

Extrapolînd problema în decorul Romei Imperiale, putem constata că „Eneida" lui Virgiliu inspirată adînc din textele homeriene Iliada și Odiseea, tratează sentimentul iubirii de aceeași manieră dar, dragostea dintre Lavinia și Enea este mult mai bine conturată și mai stăruitoare.

Alt mare poet al Romei, exilatul Ovidiu, cîntă dragostea cu toată gama sensibilității umane: de la amețitoarea și vremelnica senzualitate (din culegerea „Amores") pînă la caldele, duioasele și statornicele sentimente (din culegerea „Ars amandi"), în care poetul, cu multă luciditate, oferă tinerilor un cod de recomandări pentru dragostea adevărată și mai ales pentru păstrarea ei.

Evul Mediu cu ravagiile popoarelor năvălitoare, cu agresivitatea feudalilor și cu anxietatea față de un Dumnezeu copleșitor în omnipotența și severitatea sa, nu putea oferi oamenilor de rînd un răgaz ca să-și cînte iubirea. Doar basmele și legendele populare, folclorul în licărirea opaițelor dădeau glas sufletului cu revolta și resemnarea, seninătatea și desnădejdea sa.

Tîrziu de tot, începînd din secolul redeșteptării (sec. al XII-lea) odată cu interesul tot mai mare față de natura înconjurătoare, față de fenomenele vieții și mai ales față de tainele omului, acesta începe să se descătușeze de bigotismul obtuz și opresiv ce impunea doar renunțarea la bunurile și fericirea pămîntească în schimbul unei himere cerești. Omul, capabil să-și înțeleagă existența concretă și să-și croiască în deplină cunoștință și încredere fericirea sau nefericirea; acest om, bun sau rău, cu viața lui interioară, zbuciumată sau senină, cu idealuri profane sau divine, conștient de realitatea sa în atmosfera de libertate în gîndire și simțire, acest om și-a împlinit „dragostea" cu dăruirea integrală a trupului, inimii și gîndurilor sale.

Acest concept însă nu s-a cristalizat de-o dată.

„Între creștin și păgîn, între mituri și evenimente reale, între vechi și nou, dragostea se conturează tot mai mult ca o esență eternă ce se modelază prin cunoaștere și legile sociale, capabilă de a genera mari energii și mari elevări sufletești, pe scara de la om la umanitate".

Tîrziu de tot și numai la curțile princiare, trubadurii și truverii exaltau pentru prima oară în versurile lor cîntate, reciprocitatea dragostei între cele două sexe.

Pentru prima oară femeia-soție își revendica dreptul la fericire în deplină egalitate și libertate.

Un punct crucial și de referință față de concepțiile de pînă acum îl oferă romanul de mare circulație al vremii, romanul lui Cristian de Troyes, în care se apelează fără echivoc la dragostea reciprocă.

Dar, la această răspîntie de veacuri, exponentul cel mai proeminent al acestei maniere de a vedea dragostea, este Dante, care în opera sa „Divina Comedie", cu o forță debordantă și o viziune grandioasă desfășoară între uman și divin întreaga problematică asupra acestui sentiment. În versurile Divinei Comedii, femeia Beatrice întruchipează nucleul în jurul căruia gravitează atît patima instinctelor întunecate:

„Nu-i om să știe a lămuri pornirea
cunoașterii dintîi și-n fiecine
cum naște pofta ce-a stîrnit iubirea"...,

cît și gîndirea conștientă, echilibrată, capabilă de a discerne binele de rău:

„Deci chiar de-n voi iubirea-adînc străbate
și vrînd-nevrînd juvăț de gît vă pune,
stă-n voi putința s-o-nfrînați în fașe"...,

ajungînd pînă la o viziune de o elevație olimpiană a spiritului uman:

„Cugetul ți-e liber, drept și bun
și-ar fi greșit să nu-i asculți îndemnul
asupra-ți domn pe tine te-ncununi"...

Literatura nordică are ca operă reprezentativă romanul „Tristan și Isolda" în care eroii împletesc imnul dragostei lor peste tradițiile legilor sacre și ale celor sociale cu onoarea cavalerească. Următoarea frază este semnificativă: „Mărită Doamnă — ridică-te și lasă-mă să mă apropii. Am mai mult drept să-l plîng pe Tristan ca Domnia Ta, créde-mă. L-am iubit mai mult"...

În general, poveștile, legendele și romanele evului mediu, cu toată stîngăcia, arhaismul lor de exprimare stilistică, abordează în mod complex emoția, sentimentul dragostei umane.

Contemporaneitatea noastră cu epoca industrialismului eliberator, prin creșterea bunăstării materiale a maselor, cu schimbul facil de informații și idei între diverse civilizații, cu avalanșa editorială a tiparului, nu numai că permite o exprimare mai democratică a maselor largi, dar, prin creșterea însemnată a nivelului cultural se promovează opere de mare diversitate și conținut în problemele dragostei.

Cu Dante, Boccacio, Ronsard, Rabelais, Cervantes, Shakespeare, Eminescu etc., se profilează tot atîtea maniere, game de reprezentări ale dragostei, prin punerea în vibrație a tuturor coardelor afectivității umane, începînd cu obscenitatea-erotismul și terminînd cu candoarea idealizărilor.

Dar poate că nicicînd și nicăieri nu descifrăm o cuprindere mai grandioasă și mai desăvîrșită a eternului uman — „dragostea" ca în „Luceafărul" lui Eminescu. Acest personaj grandios se extinde pe o traiectorie cosmică între țărîna fierbinte a instinctelor omenești și răceala neînțeleasă a zeilor cerului.

Încrucișarea pe această traiectorie a aspirațiilor umane ce țind spre înălțimile celeste, cu cele ale personificărilor astrale spre cele pămîntești, oferă o inegalabilă simbolică a dialecticii conjuncturale cerebrale, adică interferența între instinctul hipotalamic și raționalismul cortical.

Spațiul între aceste extreme ale universului creierului uman este și spațiul închegării infinitelor diversificări ale sentimentelor de dragoste.

Literatura secolului al XX-lea, prin diversitatea și eterogenitatea metodelor de creație și a stilurilor, pare a se refuza oricărei încercări de depistare a unor constante tematice, structurale sau poetice. Și totuși, dincolo de această impresie generală de diversitate, fie și numai la lectură, apar contururile unor atitudini cvasiunitare ale omului secolului nostru în fața erosului (și implicit ale scriitorilor care le transfigurează artistic), auzindu-se cadențele unui discurs erotic, deci ale unui mod de exprimare a acestor atitudini în rostiri literare oarecum similare.

Două par a fi atitudinile cele mai semnificative ale omului modern față de dragoste: pe de o parte, aceasta este privită, în prelungirea spiritului romanticilor, ca un *refugiu* din universul alienant, urît, temut și mai ales, refuzat de individul în căutarea obsesivă a propriei identități; pe de altă parte, dragostea este considerată ca una dintre experiențele ce formează existența umană, ca o formă a trăirii umane în genere.

După primul model, ca pe o evaziune, un spațiu utopic al deplinătății eului, trăiesc iubirea simboliștii începutului de veac și poeții neoromantici ca R.M. Rilke sau St. George. Există în această atitudine o valorizare a iubirii ca instanță a elevației spirituale și morale, ca moment al autenticității, ca loc geometric al eului care se găsește pe sine prin contopi-

rea extatică în celălalt (poezia lui L. Blaga — „Noi", de exemplu).

Limbajul care materializează această atitudine în fața erosului este, însă, radical nou, în comparație cu cel romantic. Discursul erotic nu se mai desfășoară în ample perioade retorice, nu mai exprimă direct și patetic intensitatea sentimentului care este afirmat, clamat, declarat, ci se învăluie în metafore ambigue, este exprimat indirect prin imagini fulgerante, este *sugerat* de simboluri vagi și polisemantice, pulsează în însăși structura frazei.

Iubirea este, pentru o altă categorie de scriitori moderni, chiar mai mult decît o evaziune, fiind considerată unicul mod de manifestare a libertății individului, în dragoste doar omul își regăsește autenticitatea într-o lume care-l falsifică. Astfel iubirea devine o formă a revoltei umane împotriva a tot ce-l înstrăinează de propria lui esență. La acești scriitori trăirea erotică are accente erotice, discursul în care se exprimă devine adesea patetic, pasionat, traducînd în termenii limbajului erotic tensiunea unei rebeliuni interioare. Astfel își trăiesc și își exprimă iubirea personajele lui J. Galsworthy, eroinele lui O'Neil, eroii lui R.M. Dugard și R. Rolland.

Cea de a doua atitudine menționată, presupune refuzul de a considera iubirea exclusiv sau în primul rînd ca un sentiment. Fiind trăire, iubirea nu se mai exprimă decît rareori în cuvinte, astfel încît discursul erotic, în sensul tradițional dispare, lăsînd locul unor fraze aparent banale, călcate pe vorbirea curentă sau se exprimă indirect, în gesturi, priviri, atitudini. Există de altfel la omul literaturii moderne, și aceasta pare a fi o trăsătură comună a ei, un refuz obstinat al retoricii erotice, o teamă de cuvintele „mari", golite de sens prin îndelungă folosire.

Pe de altă parte iubirea își pierde nimbul romantic, se desentimentalizează, unii scriitori mergînd pînă acolo că o reduc la simpla experiență filozofică (Fr. Kafka, A. Camus).

În consens, imaginea femeii se trivializează, sentimentul inspirat de aceasta fiind înlocuit cu impulsul sexual pur. Literatura se vede astfel sărăcită de una din sursele ei de frumusețe și idealitate.

Din această clasă mare de scrieri care privesc erosul ca experiență existențială face parte și o altă categorie de opere în care este reînviat sensul mitic al erosului ca sărbătoare a vieții, ca glorificare a vitalității triumfătoare (F.G. Lorca,

L. Pirandello sau Hemmingway și pînă la un punct W. Faulkner).

Ceea ce pare a fi interesant în literatura secolului nostru, ar fi valorizarea tematică intensivă a erosului în spațiul literaturii (tema erotică devine o temă obsesivă) paralel cu o devalorizare a discursului erotic, ce se reduce fie la expresia banală sau brutală a trăirii fără aura poetică oferită de retorică, fie la ermetizarea în simboluri lipsite de transparență.

Ar trebui să urmărim saltul umanității de la naturism la scientism în general și atunci nu ne va mai mira că dragostea, ca și exprimarea sa literară, ia forme mai sobre, în aparență mai reci, mai seci de elanul vital, ca să nu mai vorbim de formele alienate de natura umană, de formula „Omului — care este o lume, un colos, dar mai ales un tot" (Pascal).

Incontestabil că generația noastră trăiește o etapă critică și derutantă creată de însăși dezvoltarea impetuoasă a scientismului triumfalist.

Această derută nu poate să nu se răsfrîngă și în formele de exprimare a trăirilor interioare omenești, inclusiv în cele mai intime cum ar fi dragostea.

Nu trebuie să trecem cu vederea faptul că epoca noastră se găsește într-o alternativă foarte acută între scientismul tehnic (cunoașterea obiectivă, pozitivă, impersonală și eficientă) și antropologism (umanismul cu exprimările sale subiective și individuale).

Abia în ultimele decenii în condițiile perspectivei dezvoltării scientismului a devenit imperioasă sinteza raportului dintre cultura științifică și cea umanistă, sub raportul complementarității lor.

„Științele naturii vor îngloba știința despre om, după cum știința despre om va îngloba științele naturii; va fi o singură știință" (K. Marx).

Această complementaritate simetrică însă va trebui învățată, înțeleasă și trăită de cel puțin o generație pentru ca din făgașul său să se contureze un concept erotic nou, dar în același timp mai fidel naturii umane echilibrate, reîmpăcate cu sine însăși.

Evoluția sentimentului de dragoste în funcție de vîrstă

Deși sexualizarea își pune amprenta încă din primele diviziuni celulare ale oului uman, aceasta se conturează ca manifestare exterioară în mod treptat, pe căile întunecate ale inconștientului.

În „oaza de siguranță și certitudine" pe care o oferă uterul matern, spune Freud, se pun bazele „libidoului" care, la rîndul lui va „vivifia tectonica emotivității și conștientului de mai tîrziu".

După naștere „angoasa smulgerii de uterul matern" este compensată de sînul cald și moale al mamei.

Sub vîrsta de 3 ani, instinctele nefiind diferențiate, plăcerea se manifestă doar prin suptul voluptuos în afara senzației de foame.

Primele forme de manifestare a dorinței de apropiere fizică, de îmbrățișare și sărutări apar după vîrsta de 3 ani cînd în mintea copilului s-au fixat o serie de percepții, sentimente, noțiuni în directă și reală legătură afectivă față de părinți.

Psihofiziologii recunosc că structurile inferioare condiționează și impulsionează mecanismele de reflectare și reglare în construcția conștientului; se recunoaște rolul factorului afectiv în structura personalității.

Erotismul în sine începe să cuprindă orizontul afectiv al copilului odată cu descoperirea diferențelor între sexe și cu insistentele întrebări legate de enigma „cum se fac copiii"..., jocul „de-a mama și de-a tata"... etc.

Spre deosebire de copil care se leagă de zone erotogene diverse non genitale, spre pubertate libidoul se organizează sub primatul genitalității.

Între 9—13 ani fiecare sex se solidarizează cu grupul omonim, între cele două sexe apărînd chiar ostilități și conflicte.

Ulterior apropierea reîncepe, dar pe un alt plan. Eul apare într-o structură mai netă pentru fiecare sex „corpul devine într-un anumit sens un fel de simbol al eului".

Urmează o perioadă de conciliere între băieți și fete, începe freamătul ce prevestește dragostea. Este perioada cînd adolescentul se descoperă pe sine fiind foarte receptiv și confruntîndu-se cu tot ce-l înconjură, tot ce oferă cartea, școala, cinematograful, televiziunea, strada.

Excitația nervoasă corticală domină inhibiția, cu tendința la trăiri intense, cu mare labilitate psihică și vegetativă.

Este perioada îmbogățirii bruște a imaginației, a spiritului critic, a rațiunii abstracte, a cunoașterii de sine — tînărul își formează personalitatea pe propriul său drum. Sexualitatea și tandrețea fuzionează.

Aceasta este şi perioada cînd se trezeşte dragostea pentru natură, pentru estetic, pentru sexul opus — erotismul juvenil.

În mod obişnuit dezvoltarea şi maturizarea fizică merg paralel cu cea psihică printr-o adaptare treptată pe plan interior (psiho-fizică) şi în continuare pe plan exterior (socială).

La pubertate maturizarea eşafodajului endocrinofiziologic pentru funcţia procreativă se încununează cu echivalenţele respective şi în sectorul afectiv-intelectual.

În acest sens, în ceea ce priveşte manierea de manifestare a erotismului la cele două sexe, se pare că acesta prezintă deosebiri de nuanţă între adolescenţi şi adolescente.

În ceea ce priveşte pe adolescentul mascul, acum, într-o orchestraţie de simţuri confuze, uimiri şi justificări, din izolat şi răzvrătit contra tandreţei protectoare a familiei, tînărul începe să simtă neliniştea singurătăţii, să iubească şi să dorească a fi iubit.

Stanley-Hall spune că în această fază tînărul este o fiinţă stranie „încăpăţînat ca un catîr, iritabil ca o fetiţă, plin de viaţă ca un cocoş". El vrea să pătrundă sensul real al cuvîntului „dragoste", cuvînt cu atîta circulaţie şi rezonanţă în viaţa de toate zilele, în cărţi, filme etc.

Între explicaţiile puerile şi cele „competente" asupra procreării, ale unor colegi, între speculaţiile pur teoretice şi înflăcărate descoperiri în lumea nouă şi ademenitoare, se organizază cea mai critică perioadă în formarea personalităţii sale, perioadă fundament pentru desfăşurarea vieţii ulterioare.

Încă neacordate şi nearmonizate, senzaţiile fizice cu cele afectiv-sentimentale, fac ca personalitatea tînărului să rămînă scindată, contradictorie.

În atracţia faţă de fetele de seama lui, este capabil, pe de-o parte, la sentimentele cele mai pure, simţindu-se de-a dreptul jignit la aluziile întinării amorului său platonic faţă de fiinţa idealizată. Pe de altă parte însă instinctul sexual îl suscită tot mai mult spre satisfaceri ocolite cu o parteneră de ocazie.

Acest balans între tandreţe şi incertitudini ambivalente este foarte caracteristic pentru perioada de vîrstă menţionată. Cel puţin pentru adolescentul cu un exterior plăcut, cu o doză de cutezanţă şi umor, adoraţia face o bună alianţă



cu „flirtul", fructul dorințelor erotice se pîrguie în bucuria de a trăi frumosul în căutarea unei partenere, ceea ce dă o notă de mare farmec acestei vîrste.

În măsura în care circumstanțele ocazionale îl mențin pe tînăr într-o relativă izolare sau într-o reticență moral-educativă, el se va devota tot mai mult sentimentalismului idolatrizant.

Dar astăzi cînd, în general, băieții și fetele se joacă, învață, iau parte împreună la acțiunile sociale, se distrează în reuniuni dansante, excursii etc., ei abordează împreună diferitele aspecte ale vieții concrete, cu schimb de impresii, de idei și dorințe tentante în același timp.

Cu aceste ocazii tînărul adolescent își dă seama tot mai surprins că dragostea platonică ascunde mai totdeauna un „ce" în plus față de care fetele mai „versate" nu sînt deloc indiferente și deloc inocente.

În această postură din ce în ce mai incitantă, cel puțin pe plan psihic (tensiunea necunoscutului — dorința descoperirii), tînărul se află într-o tulburătoare răscurce de vînturi.

Dacă de mic a fost modelat de o educație a valorilor, a respectului față de sexul opus, a înfrînării și a stăpînirii de sine însuși, instinctul sexual îl va propulsa pe făgașul dragostei romantice „pure" pînă la căsătoria precoce singura sursă de satisfacții atotcuprinzătoare.

Dacă, dimpotrivă, orgoliul de mic cocoș a fost cultivat de o îngăduință complezentă din partea familiei (e băiat...), dacă acest orgoliu este incitat de mediul epatant al colegilor de „gașcă", dacă acest tînăr are tendințe compensatorii față de unele complexe de inferioritate, dacă în vîrtejul ademenirilor nu-și găsesc locul desmeticirile autocontrolului, tînărul respectiv este antrenat la o lașitate tot mai josnică.

În parte rod al educației deficitare și a climatului familiar negativ, în parte al copierii artificialităților modei curente, alături de amprenta particularităților psihofiziologice imature personale, unii tineri adoptă un stil de sexualitate demonstrativă, ostentativă, agresivă.

Acest derapaj îi îndepărtează tot mai mult de împlinirile dragostei complexe și echilibrate, îi sterilizează afectiv le mutilează personalitatea pînă la cinism și brutalitate.

În orice caz, părerile psihofiziologilor conchid că, la băieți instinctul sexual odată trezit, acesta apare mai vehement, mai legat de organ, față de felul cum se profilează el la fete.

In contrast cu ceea ce se întîmplă la băieţi, la fete evoluţia erotismului este mai sinuoasă, mai difuză, mai sublimată şi mai complexă, fără ca sfera sexuală să devină o problemă exclusivă, de sine stătătoare, ca la băieţi.

Premisele feminităţii biologice cu proeminarea relativ bruscă a caracterelor sexuale secunare apar încă de la vîrsta de 11 ani, deci ceva mai precoce decît la băieţi. Din punct de vedere psihologic însă, la această vîrstă fetiţa rămîne încă copil; bucuriile, tristeţile şi aspiraţiile sale rămîn încă puerile, rezultînd din întruchiparea ecourilor celor discutate şi trăite în cercul restrîns al familiei protectoare.

Transmiterea de către unii părinţi mărginiţi a sentimentului temător, de nelinişte, rezultat al regretelor, al amorului lezat, de a nu avea în casă un bărbat, se conjugă cu încredinţarea încă de pe acum a unor corvoade gospodăreşti (de care băieţii sînt scutiţi) şi cu mărturisirile decepţiilor mamei îngrădite de egoismul soţului tutelar.

Toate la un loc, aceste conflicte tacite explică timiditatea lor, uşurinţa cu care reuşesc sau izbucnesc în plîns, tendinţa de a ocoli societatea băieţilor de vîrsta lor, fiind sigure că nu sînt pentru aceştia decît un element de dispreţ.

În acelaşi timp îi invidiază pe aceştia cum se transformă în „bărbaţi" fără nici o încercare penibilă.

Ostilitatea aparentă manifestată de cele mai inteligente nu este decît un mijloc de apărare, iar pudoarea lor exagerată, chiar faţă de membrii propriei familii, exprimă dacă nu ruşinea, cel puţin sentimentul de inferioritate de a fi fată. Mai mult, la unele gesturi de indisponibilitate afectivă din partea membrilor familiei, ele încearcă teama că nu sînt iubite nici măcar de părinţi, ceea ce face să încerce izolarea şi tristeţea refulativă.

Aceste experienţe nu trebuie subestimate căci intensitatea trăirilor lor le poate îngheţa personalitatea în devenire.

După vîrsta de 12-13 ani orizontul tinerei fete se lărgeşte, curiozitatea o face să privească dincolo de zidurile casei. Posibilităţile sale afective o fac să se entuziasmeze pentru tot ce descoperă cu ochii şi cu mintea, amplificîndu-şi sensibilitatea pe măsura noilor achiziţii.

Inima ei vibrează cu tot mai mare intensitate la tot ce-i descoperă simţurile. Spectacolele, muzica, poezia deşteaptă în ea emoţii noi. Cea mai mică bucurie şi cea mai mică supărare capătă dimensiuni considerabile.

Stăpînită încă de inconştient, ea nu simte încă nevoia să se analizeze în trăirea unor dorinţe vagi de a fi iubită şi de a iubi la rîndul ei, dar aceste sentimente se validează derivativ spre o floare, spre un cîine, sau chiar faţă de păpuşile cam de mult uitate în colţurile cu amintiri ale copilăriei.

Curînd aceste disponibilităţi afective se precizează, dar „cordonul sanitar" al familiei tot mai vigilente îi împiedică legăturile idilice cu băieţii.

Şi de această dată tînăra găseşte destule valenţe derivative în cultul adorativ pentru artiştii de cinema, cîntăreţii de muzică uşoară etc.

Sau, într-un sens mai concret, sentimentalismul crescînd poate lega prietenii foarte strînse cu o fată de aceeaşi vîrstă, o prietenă de suflet, din noianul indiferent al colegelor de şcoală. Aceasta devine confidenta ei, îşi confruntă impresii şi trăiesc aceleaşi bucurii promiţătoare, ceea ce le face să creadă că nu se vor despărţi niciodată. Într-un anumit fel şi, pe scurt, se poate spune că... se iubesc.

Calitatea acestei prietenii va fi hotărîtoare asupra celor două prietene şi anume asupra maturizării lor afective şi ea depinde de motivele şi mobilurile care au înfiripat-o. Această legătură afectivă poate fi urmarea unor carenţe, unor deficienţe psiho-temperamentale bilaterale — concubinajul sentimental fiind ocazia comunicării asteno-maladive.

Există aici pericolul, deloc de neglijat, ca plăcerile mai mult sau mai puţin inocente, pe care şi le oferă reciproc, să devieze sau să sterilizeze abordarea normală de trăire a unei dragoste adevărate.

În altă ordine de idei, acest cuplu poate fi şi rezultatul unei asocieri de necesitate, a două elemente imature, incapabile încă să se afirme singular în încercările lor timide de a cocheta cu sexul opus.

Curînd însă cele două prietene de „drum" vor cultiva o prietenie foarte feminină sfîrşind prin a deveni rivale.

În sfîrşit, dacă prietenia se bazează pe gusturi şi aspiraţii comune, stimulate de mici sacrificii reciproce, se constituie o bună ucenicie pentru viaţă.

Din momentul în care adolescenta observă că nu mai este un element de dispreţ şi, dimpotrivă, compania ei este căutată de bărbaţii de diferite vîrste, timiditatea ei se destramă, personalitatea ei se conturează, nu mai are nevoie de surogate sau partenere incomode, descoperind cu atît mai repede preţul care se pune pe feminitatea lor crescîndă,

cu cît condițiile de viață, de muncă, de educație favorizează avansurile promițătoare ale bărbaților.

Pentru fetele care au fost ținute departe de orice promiscuitate periculoasă, aceste descoperiri devin de-a dreptul uluitoare.

În această postură fata va evita încă problemele sexuale care o scandalizează și o lovește în sensibilitatea sa, inconștientul evocîndu-i brutalitatea ancestrală în materie. Dar, atunci cînd înțelege farmecul și puterea ei, își intră în rol pe linia emulației sexuale. Compania cu băieții de aceeași vîrstă și chiar mai maturi începe să fie privită cu alți ochi și întrucîtva chiar dorită.

Dăruindu-se toată bucuriei noilor descoperiri, adolescenta nu mai are timp să-și cîntărească sentimentele și credințele sale. Micile și intimele însemnări pe jurnalul personal nu sînt decît o inventariere care o fac să se minuneze de bogăția lumii noi, o satisfacție mai mult intelectuală și nici de cum o introspecție analitică a unor pofte trupești.

În această etapă de trezire a sexualității, adolescenta dă dovadă uneori de o mare ușurință în aprecierea critică, judicioasă, obiectivă a unor comportamente. Cu toate acestea, cochetăria și dorința de a fi în apropierea băieților se mențin la nivelul unei stări afective intense, deocamdată fără implicații sexuale.

Persistă încă într-o gamă de trăiri care o fac să se bucure de prinosul unei tandrețe delicate, unei dragoste sentimentale. Este vorba încă de o carență de sensualitate propriu-zisă, fapt care generează neînțelegeri cu partenerul său care ascultă mai mult de chemarea simțurilor.

Toate visele, mîngîierile, încurajările și cochetăriile tinerei fete se amalgamează într-un sentiment difuz, într-o dorință mai mult de a deveni soție decît amantă.

Dar, la fel ca și pentru băieți nu toate fetele au structura și mai ales educația de a cultiva aceste sentimente sublimate ale dragostei.

Adolescentele care au sau își creează ocazii de a-și pune în joc puterea de seducție, nu lipsită de oarecare vanitate, reușind să aprecieze prețul tuturor atențiilor în contrast cu „justa" lor valoare, își exagerează cochetăria, mărindu-și numărul cuceririlor. În această situație, cochetăria și seducția devin jucării minune cu care-și sondează puterea feminității.

În clipa în care crede că a întîlnit marea dragoste, adolescenta rămîne totdeauna convinsă că va găsi și la partenerul său aceeași înflăcărare. În cadrul relațiilor interpersonale pot apărea distorsiuni, adevărate „iluzii", acestea constînd în investirea partenerului cu atribute caracteriale sau motivațional-afective după propria-i proiecție.

Perturbarea mecanismului rațional logic duce la atribuiri cu semnificații eronate, uneori bizare. Dar încă de la această vîrstă, pentru partener, dragostea pur sentimentală nu mai reprezintă totul; experiențele personale ale acestuia îl fac să caute să fie cuceritor, blazon incompatibil cu pierderea vremii în cochetării prelungire; el este însetat de cît mai multe aventuri concrete.

Pentru a reține lîngă ea și pentru ea partenerul grăbit, adesea tînăra nu pregetă a-i acorda acestuia mai mult decît ar fi dispusă în realitate. Aceste concesii excesive nu fac decît să întîrzie sfîrșitul aventurii făcîndu-l și mai amar printr-un sentiment de jenă a impurității.

În această depresiune morală își jură sieși că va rămîne perpetuu celibatară.

Dar criza de frămîntare dureroasă odată trecută, ea își reînnoiește disponibilitățile afective, cel mult nu mai este așa de spontană, atît de sinceră, devenind mai circumspectă, mai cîntărită în acțiuni, primele deziluzii fiindu-i un bun dascăl pentru maturizarea sa sentimentală.

În general, în discuțiile tinerilor privind relațiile heterosexuale, aceștia demonstrează că se doresc unul pe altul, că doresc o relație de înțelegere, de corelare, de stimulare optimistă care să-i ducă la împliniri fericite.

Tinerii și tinerele se bucură cînd în timpul dansului intră într-un ritm împreună, simt plăcerea de a fi unul lîngă celălalt, privesc cu încîntare comportarea, mersul, gesturile, dinamica posturală a celuilalt.

Ei declară că sînt fericiți să fie unul în intimitatea celuilalt, să-l ia de mînă, să-l mîngîie, să-l sărute și, la rîndul lor, să fie răsplătiți cu aceleași atenții.

Atributele tinereții, farmecul, prospețimea, neîntinarea, spontaneitatea, optimismul, încrederea, entuziasmul și dragostea de viață constituie factori cu importante implicații în comportamentul tinerilor. Frămîntările și grijile unor tineri și tinere văduviți de natură în ceea ce privește „frumusețea" nu trebuie supraevaluate, fiecare persoană avînd o serie de trăsături unice, care, puse în valoare, o pot face

atrăgătoare sau chiar frumoasă în cea mai largă accepțiune a cuvîntului.

Să nu se uite că mobilitatea facială, expresia privirii și a zîmbetului, pot exterioriza trăiri afective intense, o inteligență vie, dragostea de viață estompînd pînă la anihilare un defect fizic. În schimb, egoismul și îngîmfarea, lipsa de afecțiune și entuziasm pot transforma o frumusețe de afiș într-un manechin inapt pentru angajarea unui dialog sincer, nereceptiv și inaccesibil oricărei trăiri afective.

Departe de noi de a fi adepții unei concepții șablonarde în aprecierea evoluției sentimentului erotic atît la băieți cît și la fete.

Criza adolescenței este extrem de polimorfă, ea concretizîndu-se și auto-rezolvîndu-se în funcție de particularitățile psihofiziologice (comanda biologică), în funcție de diversitatea complexă și întîmplătoare a mediului social, în funcție de educația — autoconștiința tînărului.

Ceea ce am încercat noi să plăsmuim au fost doar două schițe paralele, care să pună într-o lumină mai contrastantă diferențele dinamicii erotice la cele două sexe.

Ar fi cel puțin ireală încadrarea tuturor personalităților, chiar incomplet individualizate la această vîrstă, într-un model unic cu un destin rectilin, imuabil și monoton.

În parte, fiecare tînăr, în circumstanțe ocazionale diferite, cu diapazonul propriu de vibrație sufletească, se angajează pe calea sa proprie cu valoare de unicat.

Tocmai această diversitate bogată în perspective și surprize face farmecul vîrstei. În această trezire triumfală la dragoste, instinctul se revarsă inconștient și cu greu poate fi sesizat în meandrele lui atît de tînărul în cauză cît și de părinții derutați și stîngaci.

Finalul poate fi o sexualitate normală, conștientă și umană sau una tulbure, complexată, derivată, care se poate eșalona de la impotență afectivă, frigiditate, pînă la delincvență juvenilă. Este vorba de un proces de adaptare pe care-l realizează doar personalitățile echilibrate, capabile să se realizeze pe toate planurile.

Activitatea psihică avînd un caracter reflex, fenomenele psihice reprezintă reflectarea unei realități obiective, apărute și consolidate în procesul interacțiunii permanente dintre individ și lumea înconjurătoare.

Intre instinct și cunoaștere nu este un hiatus (Bergson), ci faze intermediare, suprapuse și integrate, la care contribuie viața în comun, viața socială.

Tînărul vede, aude, imită, împrumută conduite și tendințe noi, își integrează viața individuală într-o ambianță de cadre mintale și călăuziri noi.

Textele cîntecelor, afișele spectacolelor, filmele, discuțiile și imaginile îndrăgostiților întîlniți la tot pasul sînt tot atîtea situații ațîțătoare și modelatoare pentru mintea receptivă a tînărului. La Rouchefoucauld spunea: „unii oameni nu ar fi niciodată îndrăgostiți dacă nu ar fi auzit niciodată vorbindu-se despre dragoste".

„Un fenomen fiziologic este un fenomen fizico-chimic plus viață; un fenomen psihic este un fenomen fiziologic plus conștiință" (Vaschide).

Omul are reprezentări clare asupra motivației sexuale, asupra scopului dorințelor sale erotice, a modalităților de satisfacere a acestora, precum și asupra manifestărilor comportamentale pe care le va avea pentru a putea fi fericit.

Deși reproducerea umană, în imensa majoritate a cazurilor, este imposibilă fără relații sexuale, oamenii cînd fac dragoste nu se gîndesc întotdeauna în mod exclusiv la procreare: se apreciază că la om importanța acestui eveniment „dragostea", depășește importanța pe care o prezintă conservarea speciei umane.

Relațiile interumane de dragoste trebuie să fie destinate în primul rînd cunoașterii reciproce, căutării și selectării viitorului partener de viață și nu confruntarea cu relațiile conjugale.

Abordarea acestui din urmă statut, în contextul obligațiilor și eforturilor școlare, dar mai cu seamă în lipsa unei acoperiri psihosociale corespunzătoare, poate duce la derută, la reacții nevrotice și chiar la derapări psihice.

Capacitatea stabilirii unor legături trainice și armonioase este criteriul stadiului de maturizare a personalității, cu rațiunea idealurilor comune, sentimente de îndatorire, aspirație spre realizări comune, atașarea la comanda socială a noii familii.

5.1. BAZELE BIOLOGICE ALE INSTINCTULUI SEXUAL

— De-a lungul mileniilor, cînd omul primitiv era asaltat de vicisitudinile şi angoasele existenţiale, neavînd răgaz de reflectare şi nedispunînd de cunoştinţele adecvate, sexualitatea era confruntată cu aparenţele cele mai izbitoare — sfera organelor sexuale.

Ca o etapă nouă, începînd cu secolul al XIV-lea, odată cu marile aventuri ale descoperirilor geografice, care au implicat şi import-exportul bolilor venerice cu ravagiile lor, în special sifilisul, organele genitale au devenit un punct de referinţă dominant pentru marele public cît şi pentru ştiinţa medicală în devenire.

Mult mai tîrziu descoperirile din domeniul fiziologiei, biochimiei, endocrinologiei, neurofiziologiei, psihofiziologiei etc., au comutat în mod treptat atenţia spre nivele tot mai înalte, ajungînd astăzi să apreciem sexualitatea ca o problemă cu intricare plenară în personalitatea biologică şi psihologică a individului. Paradoxal, astăzi sexualitatea a devenit o problemă mai mult de creier.

O mică inadecvare ideativă corticală sau o discretă denivelare biochimică pot decupla mecanismele complexe ce intervin şi susţin eşafodajul vieţii sexuale, în pofida integrităţii morfofuncţionale a organelor genitale.

Putem spune cu drept cuvînt că astăzi problemele mari ale sexualităţii, atît ca tematică ştiinţifică cît şi ca practică socială, se concentrează în direcţia sectorului cerebral şi că igiena sexuală se profilează tot mai pregnant ca o igienă mintală.

Acum este clar că sentimentele noastre au un înveliş subtil şi variat, exprimat prin însăşi lumea noastră mintală în totalitatea ei.

Creierul uman, rezultat al unei evoluţii filogenetice animale de miliarde de ani, cu straturi morfofuncţionale distincte, cu o celularitate neuronală de circa 14 miliarde, fiecare neuron avînd cel puţin 1 000 conexiuni într-o constelaţie extraordinar de complexă şi de mobilă, se autoguvernează şi se autoperfecţionează după legi cibernetice.

În acest sens, viaţa sexuală ca rezultat al intricării şi interferenţei unităţilor morfofuncţionale (hipotalamus, rinencefal, sistem limbic, talamus, scoarţă cerebrală, forma-

țiune reticulată, cerebel), devine în final o formulă unică și originală pentru fiecare personalitate umană.

Hipotalamusul este una din părțile cele mai vechi ale creierului, la intersecția între impulsurile organovegetative ale corpului și centrii nervoși ai vieții de relație cu mediul exterior. El este placa turnantă între mediul intern și creierul „social" — corticalitatea. Este deținătorul funcțiilor bazale vegetative-metabolice și ca atare sediul impulsurilor (instinctelor) primare (de conservare — somn, foame, sete, temperatură, echilibru metabolic), funcții organice (de apărare — imunitate, furie), adaptării metabolice la reacția de apărare, de reproducere — ovulație, spermatogeneză, dinamica organelor sexuale.

Hipotalamusul este în strînsă legătură morfofuncțională cu hipofiza, glanda directoare pentru toate celelalte glande cu secreție internă (tiroidă, suprarenală, glande sexuale — ovar, testicul).

Prin toate aceste funcții hipotalamusul are un rol fundamental în întreaga structură a instinctului sexual.

Talamusul este o zonă morfofuncțională cu valori diferite, o stație intermediară de sinteze și selectare a senzațiilor tactile, dureroase, optice, acustice de la nivelul periferiei organismului spre scoarța cerebrală. Talamusul constituie și o stație de integrare a formațiilor subiacente — rinencefal, hipotalamus, hipofiză. El are mai mult un rol indirect și nespecific asupra sferei de probleme care ne interesează în acest capitol, deci cu o implicație tangențial permisivă în mecanismele sexualității.

Rinencefalul este centrul de integrare afectivă a creierului. Tot așa de vechi pe scara evoluției ca și hipotalamusul, el păstrează legături foarte intime și operative cu acesta.

Spre deosebire de hipotalamus, rinencefalul realizează sinteze mai complexe și mai adecvate ale stimulilor dintr-un context situațional. El corelează o gamă mai variată de semnale senzoriale și asigură ierarhizarea lor în funcție de semnificație.

Prin multiplii săi subcentri nervoși ce alcătuiesc așa-zisul „sistem limbic" și „nucleul amigdalian" se intrică de o manieră importantă în viața emoțional-afectiv-sexuală.

Afectele sau emoțiile — afectivitatea constituie o funcție psihică inferioară, pornită din centrii nervoși mai vechi, cu aspectul cel mai subiectiv dar cu o orientare precisă. Puternică și de scurtă durată determinînd intense reacții mo-

torii şi vegetative, modulează atitudinea individului faţă de realitatea recepţionată prin procesele de cunoaştere.

Această atitudine este determinată în primul rînd de semnificaţia realităţii, care este raportată la trebuinţele şi pulsiunile instinctuale ale individului.

Deşi primiţi prin receptori diferiţi, stimulii pot realiza echivalenţe între ei dacă au aceeaşi valoare emoţională, afectivă — sinestezia.

Formaţiunea reticulată a scoarţei şi a celorlalte sectoare amintite, dau nota intensităţii trăirilor emoţional-intelectuale (temperamentul, atenţia în căutarea partenerului etc.).

Bulbul cerebral este sectorul automatismelor funcţionale cerebrale (aparatul cranio-circulator, respirator, digestiv etc.), direct şi strict dependent de hipotalamus.

În continuarea bulbului se află măduva spinării, magistrala transmiterilor şi recepţiilor nervoase periferice inclusiv din sfera organelor genitale, a cărei dinamică funcţională o patronează.

Cerebelul (creierul mic) are un rol în statica fizică a organismului, cu implicaţie doar la periferia semnificaţiilor comportamentale sexuale (mişcările membrelor, unduirea mersului, jocul erotic al trupului).

Scoarţa cerebrală are rol în reglarea interacţiunilor temporo-spaţiale ale organismului cu mediul înconjurător precum şi, mai ales, în percepţia sterocgnostică a actelor formal intelectuale.

Corelată cu rinencefalul — sistemul limbic, ce conferă comportamentului caracterul său emoţional sub raportul trăirilor afective, pozitive sau negative, corticalitatea controlează şi exteriorizează întreaga expresie a plăcerii-euforiei cît şi a suferinţei.

De la impulsul elementar, difuz şi slab structurat, la nivelul scoarţei, motivaţia se întregeşte şi se subliniază în sentimente şi pasiuni-idealuri.

Sentimentele sînt trăiri afective mai stabile, care reflectă mai ales relaţiile cu mediul exterior. Sentimentele sînt o manifestare specific umană şi au un caractr social-istoric.

Pasiunile sînt stări afective complexe, stabile, o trăire emoţională amplă, cu o puternică angajare şi participare raţională.

Afectivitatea este ansamblul de manifestări psihice, a cărei trăsătură esenţială şi definitorie este aceea de a resimţi realitatea exterioară, de a o reflecta prin trăiri pozitive

sau negative, de la emoție la sentiment. Este ansamblul proceselor și stărilor emoționale sau afective, aspectul fundamental a vieții psihice, prin care se realizează legătura dintre realitatea interioară a subiectului și cea exterioară.

Ca proces dinamic și continuu, afectivitatea este intricată organic în „viața instinctivă, gîndire, punînd în rezonanță viața instinctivă cu cea ambientală, realizînd o simfonie a vieții individuale" (Predescu).

Afectivitatea are rol dinamic și energetic pentru întregul sistem psihic.

Fenomenele vieții afective nu pot fi analizate în afara unui sistem ordonat, din a cărui dinamică rezultă varietatea legată de: sensul (pozitiv sau negativ) și intensitatea (amplitudinea) răspunsului comportamental precum și stabilitatea stării afective.

Stimulii exteriori trebuie să aibă un anumit grad de noutate sau o investiție afectivă anterioară, pentru a dinamiza afectivitatea.

La viața afectivă participă indisociabil, deci, pe lîngă centrii instinctivi diencefalci, și corticalitatea (lobul frontal, temporal, parietal) printr-un proces de condiționare-învățare: lobul frontal (zonă integratoare), lobul temporal (memoria afectivă, echilibrarea nivelului reacțional), lobul parietal, *„girus cinguli"* (interpretare afectivitate-activitate motorie), talamusul (factor de modulare a expresiei), hipotalamusul (sediul principal al emoțiilor, de întărire prin mecanismele neurohormonale ale controlului scoarței), rinencefalul (cu rol în afectivitatea bazală, neelaborată). Trebuie amintită aici ipoteza existenței unui circuit anatomofuncțional al emoției, dar în analiza afectivității trebuie avute în vedere, atît modelul neuro-fiziologic cît și cel psihologic și psiho-social.

Un rol important în afectivitate, mai ales în cea bazală, îl au ritmurile biologice cu variabila individuală nuanțată de factori ambientali, ecologici, experiența personală și colectivă.

O înțelegere mai complexă a fenomenului dragoste cu diversele sale aspecte este condiționată de cunoașterea bazelor anatomo-fiziologice și de psihogeneză a creierului, așa cum am căutat să descifrăm în cele expuse.

Dat în materie de sistem nervos, nu vom putea cunoaște părțile componente, mai ales sub raport funcțional, fără să cunoaștem întregul și nici întregul fără cunoașterea păr-

ților. Se impune deci o pendulare permanentă între analiză și sinteză, de la subsisteme la sistem, de la anatomo-fiziologie la ample dialoguri cu alte discipline.

Pe plan histologic, inegalitatea genotipurilor s-ar explica printr-o inegală densitate a conexiunilor nervoase în diferite arii ale creierului, a sinapselor și mediatorilor chimici care asigură transmiterea stimulilor nervoși (acetilcolină, adrenalină etc.).

Perfecționarea acestor structuri, validarea funcțională a lor depinde însă strict de genul, intensitatea și frecvența stimulilor din mediul extern. Și nu numai atît, căci calitatea afectivo-intelectuală a unui individ depinde și de matricea organismului său. O carență hepatică de exemplu, o anumită tulburare enzimatică sanguină, modificările rețelei de vascularizație, metabolismul glucidelor, hormonii etc., toate contribuie în mod solidar la alcătuirea personalității biologice.

Sistemul nervos este și el un sistem unitar solidar cu restul organismului și, deci, dinamica activității psihice va fi condiționată de ansamblul tuturor compartimentelor și stărilor mediului intern.

Intuiția participării „inimii" în fenomenul dragoste nu este lipsită nici de poezie dar nici de interes științific.

Așadar, atît emoțiile cele mai elementare cît și sentimentele cele mai înalte sînt etalate socialului de către același corp organic în întregimea sa. Persoana umană, în întreaga sa complexitate, cu particlaritățile sale psihice, nu poate fi decît rezultatul unei interacțiuni dintre bagajul genetic și mediul extern. Cei doi factori, de la caz la caz, pot avea o participare diferită în ceea ce privește proporția și modalitățile de combinare; absența unui factor însă anihilează implicația celuilalt.

Întreaga viață psihică se află la confluența acestui îndoit determinism: biologic-social.

După cum am văzut, centrul motivației impulsului, instinctului sexual este la nivelul hipotalamusului, dovadă că excitarea lui directă și exclusivă, cu ajutorul hormonilor sau curenților electrici (excitare în părțile anterolaterale), determină un impuls sexual intens. Pe de altă parte, lezările distructive ale hipotalmusului anterior duc la ștergerea, suprimarea apetitului sexual.

Într-un capitol anterior (vezi gonadostatul feminin și masculin) s-a expus relativ complicatul mecanism de interferare-interdeterminare neuro-endocrină.

În ceea ce privește hormonii, ei au un rol detrminant în inițierea și întreținerea unor metabolisme și funcții, deci de somatizare sexuală (particularități fizice de sex, musculatură, penicul grăsos, pilozitate etc.) ca și anumite funcții metabolico-viscerale.

Așa-zisa tensiune neuro-hormonală nu este o abstracțiune, ca existînd în întregul organism, exprimîndu-se printr-o trăire subiectivă în mijlocul modificărilor somato-fiziologice, cît și în manifestările comportamentale: reactivitate temperamentală, emoții, sentimente, concepții, optică, raționament.

În acest mod, inundarea cu hormoni sexuali poate excita centrii hipotalamici și ai rinencefalului, determinînd o amplificare a motivației instinctuale.

În mod secundar, la comportamentul sexual se adaugă și manifestări de comportament prenupțial (anumite mișcări, cîntec, joc etc.): femelele construiesc cuibul, vizuina, adăpostul, masculii devin bătăioși, atît pentru cîștigarea partenerei cît și pentru apărarea acesteia, a familiei.

Această acțiunea fiziologică hormonală nu este însă de o specificitate absolută, dovadă că, în mod experimental, aceleași efecte se obțin și prin excitații electrice directe ale centrilor nervoși respectivi.

Dar excitația hipotalamică cu efervescența secundară a comportamentului sexual are o limită codificată.

Acești hormoni au și o retroacțiune specifică acționînd, modulînd funcția hipotalamică pe linie sexuală. Deci, secreția hormonală periferică, la rîndul ei, poate controla funcțiile superioare ale sistemului nervos central, acționînd în buclă închisă antagonică. Este vorba de un mecanism cibernetic cu un „cod" propriu care menține organismul într-un echilibru funcțional.

Supradozajul critic al hormonilor sexuali din sîngele circulant, determină intrarea în acțiune, în arcul reflex sexual, a unei formațiuni nervoase din sistemul limbic (rinencefal), cu rol în frînarea întregului eșafodaj biologic sexual. Această formațiune este „nucleul amigdalian".

Intrarea în acțiune a acestuia, cu descărcarea sa, inhibă complet motivația sexuală, chiar dacă există încă o mare cantitate de hormoni sexuali circulanți, ducînd la „satietate", indiferență, repulsie sexuală. Pe plan experimental, animalul va fi incapabil să reia activitatea sexuală ore, zile, pînă cînd descărcarea nervoasă amigdaliană descrește sub anu-

mită limită. Şi în acest sector pot acţiona factori nespecifici, în afara celor hormonali sexuali; dovadă este faptul că descărcările electrice ale creierului de vecinătate (lobul temporal din crizele comiţiale (epilepsia), antrenînd şi descărcările formaţiunii amigdaliene, duc la inhibiţie sexuală, la impotenţă.

Comportamentul sexual de sursă hipotalamică poate fi inhibat şi competitiv de către unii excitanţi supraliminari de alt gen care îşi au sediul tot în acest sector (foame, sete, somn etc.). În acest sens cîştigă teren de acţiune excitantul cel mai puternic sau care promite satisfacerea cea mai accesibilă.

Acest aspect are o mare importanţă în influenţarea erotismului prin aşa-zisul mecanism al „drenării" în alte motivaţii (artă, sport etc.).

Nu vom neglija nici intrarea în acţiune prin aceeaşi mijlocire a hormonilor sexuali, a formaţiei reticulate cerebrale, cu care hipotalamusul are legături strînse şi care poate influenţa tonusul activităţii sexuale. La subiecţii extravertiţi (astenici) stimulii produc o slabă reacţie comportamentală, pe cînd la subiecţii introvertiţi (distimici) o reacţie vibrantă.

Pe acest fond, formaţia reticulată măreşte sau micşorează potenţialul refuxlui de căutare şi acuplare cu partenerul sexual.

În cele de mai sus am încercat să conturăm structura impulsului, trebuinţei, motivaţiei instinctului sexual, lipsit de logică, morală, raţiune.

De-abia deasupra acestui strat universal animalic, instinctual, putem vorbi despre „dragoste" adică de la nivelul potenţialităţilor de introspecţie, raţionare, reflectare şi sublimare a sentimentelor, pasiunilor, idealurilor care caracterizează genul *„homo sapiens"*.

Prin urmare, dragostea umană este mult mai plenară, cuprimzătoare, intensă, persistentă, complexă şi rafinată, decît instinctul animalic. Dar, pentru a înţelege acest lucru trebuie să abordăm, să păşim într-un teritoriu mult mai delicat şi anume în domeniul psihofiziologiei-psihogeniei în dragoste, domeniu de exclusivitate umană.

5.2. PSHIOGENEZA DRAGOSTEI UMANE

Iubirea este un fenomen specific uman care a alimentat întreaga istorie a omului. Iubirea este în primul rînd psihism şi nu există psihism fără creier; aceasta este prima condiţie a fundamentului material al psihismului.

mită limită. Şi în acest sector pot acţiona factori nespecifici, în afara celor hormonali sexuali; dovadă este faptul că descărcările electrice ale creierului de vecinătate (lobul temporal din crizele comiţiale (epilepsia), antrenînd şi descărcările formaţiunii amigdaliene, duc la inhibiţie sexuală, la impotenţă.

Comportamentul sexual de sursă hipotalamică poate fi inhibat şi competitiv de către unii excitanţi supraliminari de alt gen care îşi au sediul tot în acest sector (foame, sete, somn etc.). În acest sens cîştigă teren de acţiune excitantul cel mai puternic sau care promite satisfacerea cea mai accesibilă.

Acest aspect are o mare importanţă în influenţarea erotismului prin aşa-zisul mecanism al „drenării" în alte motivaţii (artă, sport etc.).

Nu vom neglija nici intrarea în acţiune prin aceeaşi mijlocire a hormonilor sexuali, a formaţiei reticulate cerebrale, cu care hipotalamusul are legături strînse şi care poate influenţa tonusul activităţii sexuale. La subiecţii extravertiţi (astenici) stimulii produc o slabă reacţie comportamentală, pe cînd la subiecţii introvertiţi (distimici) o reacţie vibrantă.

Pe acest fond, formaţia reticulată măreşte sau micşorează potenţialul refuxlui de căutare şi acuplare cu partenerul sexual.

În cele de mai sus am încercat să conturăm structura impulsului, trebuinţei, motivaţiei instinctului sexual, lipsit de logică, morală, raţiune.

De-abia deasupra acestui strat universal animalic, instinctual, putem vorbi despre „dragoste" adică de la nivelul potenţialităţilor de introspecţie, raţionare, reflectare şi sublimare a sentimentelor, pasiunilor, idealurilor care caracterizează genul „*homo sapiens*".

Prin urmare, dragostea umană este mult mai plenară, cuprimzătoare, intensă, persistentă, complexă şi rafinată, decît instinctul animalic. Dar, pentru a înţelege acest lucru trebuie să abordăm, să păşim într-un teritoriu mult mai delicat şi anume în domeniul psihofiziologiei-psihogeniei în dragoste, domeniu de exclusivitate umană.

5.2. PSHIOGENEZA DRAGOSTEI UMANE

Iubirea este un fenomen specific uman care a alimentat întreaga istorie a omului. Iubirea este în primul rînd psihism şi nu există psihism fără creier; aceasta este prima condiţie a fundamentului material al psihismului.

Pentru studiul persoanei, cunoașterea creierului și a legilor lui de funcționare are o importanță decisivă.

Omul este un complex psihosomatic ce răspunde printr-o dublă reacție: somatică și psihică, la tot ce-i incită personalitatea.

La vremea lui, Freud a avut meritul de a atrage atenția și de a sonda abisurile subconștientului primar, filogenetic instinctul. Dar marea imputare ce i se aduce lui Freud constă în faptul că el separă latura senzorială inițială a sexualității de ceea ce reprezintă confruntarea conștientă cu propria comportare și trăire (conștiință); ca și cum sensibilitatea și restul conștiinței ar fi sfere care nu se întrepătrund ci se exclud.

În acest mod, Freud reduce conștiința la un simplu paravan mascat, care nu are nici o influență efectivă aupra comportării omului (Rubinstein).

În realitate trebuințele omului înseamnă mult mai mult decît simple trebuințe organice, ele reflectînd întreaga desfășurare istorică a activității sale, întreaga bogăție a culturii create de el.

Instinctul rămîne o bază a manifestărilor sexuale, ce pune în mișcare mașina cerebrală, obținîndu-se astfel „căldura forjărilor superioare" (R. Y Cajal), la nivelul rinencefalului, formațiunii reticulate, talamusului, scoarței cerebrale

Actul motivațional care se traduce la nivelul afectelor, constituie o componentă de mare importanță, de vreme ce afectivitatea este trăită, angajînd întreaga conștiință.

Dar omul își merită „umanitatea" numai prin sublimarea instinctelor în sentimente selective, conștiente și generoase, datorită facultăților care îi caracterizează cunoașterea și autocunoașterea.

Deosebirea esențială față de animale o constituie intelectul și conștiința omului. Amîndouă sînt indiscutabil legate de natura socială a omului și pot fi înțelese numai ca o consecință a organizării specifice a acesteia.

Este drept că viața structurilor bazale, inconștiente, onirice este esențială vieții conștiente, vigile, avînd o complicație tonifiantă, creatoare. Dar, la rîndul său, viața conștientă îi luminează tainele, spiritul critic reușind să-i recunoască originile și mecanismele de producere, să o alimenteze chiar, astfel că pînă la un anumit punct, ceea ce se reprezintă și se exprimă în materie de dragoste este lumea noastră mintală în totalitatea ei. Căci, între actele cu totul inconștiente

şi realul care ne înconjură prin mijlocirea funcţiilor cerebrale superioare, există nenumărate întrepătrunderi, interferenţe, gradate şi nuanţate în mod diferit.

Afectele sînt integrate de straturile superioare într-un sistem autoreglabil, cu o valoare adaptativă precisă: semnalizare, avertizare, mobilizare, încordare, descărcare.

Ele se situează în răspîntia dintre mijloacele lor specifice elementare şi realitatea exteriară, care le transformă în secvenţe operaţionale educabile.

Dragostea la om nu este un element implacabil al dorinţei, al destinului său zoologic, ci un act superior, cu potenţialităţi conştientizate, lucide, o forţă pozitivă nebănuită pe linia dinamismului structurărilor în societate.

Sexualitatea umană nu se reduce la excitaţia organelor sexuale, ci ea emană din plenitudinea afectivă şi conştientă.

Pulsiunea sexuală este corectată, adedvată şi direcţionată în cadrul coordonatelor inteligenţei umane (memorie, raţiune, voinţă).

Excitaţia senzorială cu semnificaţie sexuală (privirea galeşă, nuanţarea promiţătoare a cuvintelor, forma unui sin sau a unei coapse, electrizarea atingerii mîinilor, mirosul părului, căldura corpului etc.) este învăluită şi sublimată de puritatea afecţiunii şi a spiritualităţii, în deplină sinceritate, respect, proteguire şi dăruire generală faţă de persoana iubită.

Atracţia pe care o simte un om pentru altul devine cu adevărat o necesitate omenească, cuprinzînd o lume de delicate sentimente estetice şi morale, entuziasm, gingăşie, grijă, emoţie sub forma iubirii.

Dinamica şi autoreglarea cerebrală, dominate de scoarţă, în special de la nivelul lobilor frontali şi temporali, transferă afectele din latenţa lor subconştientă în lumea reflexelor condiţionate.

Există o tensiune de fond, o dorinţă vagă, nestructuralizată de a iubi pe cineva.Această stare însă nu se cristalizează şi nu se obiectivează decît într-o ambianţă şi într-un moment favorabil, adică într-un cadru sensibilizant şi de corespondenţă între imaginea reală a partenerului şi imaginea „ideală" întruchipată în mintea îndrăgostitului.

Un element de atracţie şi lianţă între doi indivizi a fost totdeauna frumuseţea fizică, „o promisiune pentru fericire" (Sthendal). Dar meandrele dragostei caută nu numai frumuseţile exterioare, ci şi pe cele interioare.

Zicala „nu-i frumos ce e frumos, ci-i frumos ce-i place omului" este mai veche decît credem, căci, cu finețe de observație și cu un real umor, poetul roman Ovidiu descrie în versurile sale cum dragostea deformează viziunea obișnuită:

„De-i vorba de o fată...
Neagră la piele catran, oacheșă poți s-o numești:
Este roșie?... cu Venus o asemeni; roșcată, cu Atena;
Piele și os dacă e, trasă îi zici prin inel?;
Este bondoacă?... vioae-i vei spune; de-i grasă, voinică...".

Simpatia, sau orice formă am considera-o, își are obîrșia în întreaga construcțe a personalității noastre și a universului nostru.

Tocmai în această neconcordanță între realitate și viziunea modificată și amplifictă din mintea celui îndrăgostit stă bizarul, enigma, mitul, alienarea dar și farmecul dragostei pe drumul pitoresc printre vise și nebunii.

Există o dificultate enormă de a înțelege raporturile dintre baza realului biologic și constructivul aceluiași creier, a raporturilor dintre cauză și efect în geneza psihicului uman.

Am putea spune că nu există o măsură previzibilă pentru raporturile dintre pulsiunea ereditară (genotipică) și structurile trăirilor afective efective (ontogenice-fenotipice).

În cele ce urmează vom încerca totuși să conturăm unele aspecte în problemă, așa cum se profilează ele în lumina unor cunoștințe actuale de psihofiziologie și de psihogeneză.

Motivația primară, instinctuală, constituie zona de adîncime proprie, ireductibilă și unică a actului trăirii, desfășurată multilateral de către sistemul nervos central prin sistemul nervos vegetativ, sistemul glandular, crdio-vascular, respirator etc., într-o unitate conjugată a întregului organism. Motivația scade pragul de percepție al stimulărilor exterioare (efect sensibilizant), are un efect energizant de creștere în raport cu relevanța promisiunii satisfacerii sale, activînd întregul organism, dar are în același timp și o funcție selectivă bazată pe memoria acțiunilor anterioare. Acest ultim aspect constituie o punte de trecere între animalitate și uman.

Orice persoană pe care o percepem, cu funcțiile sale fizice: dimensiuni, formă, ținută, tonus etc., se reflectă în mintea noastră printr-o trăire și o reacție emoțională pozitivă sau negativă.

Dar geometria noastră de a vedea nu concordă întrutotul cu geometria existențelor reale exterioare, așa cum se întîmplă cu etaloanele de măsurat.

Percepția umană nu este rezultatul simplu după sistemul „cheie-lacăt" ci rezultatul unui sistem în care toate semnalele sînt recepționate dar și evaluate. Preceptul conștientizat este rezultatul unui șir de evaluări cu interacțiuni reciproce între informație și recepție, între datele noi și datele cunoașterii anterioare, organizate în anumite scheme.

Iluziile sînt situații care ne arată că simțurile noastre pot trăi coordonate paralele, se pot înșela, pot asimila chiar „imposibilul" pentru logica neînfierbîntată a creierului.

Fiecare individ, cu simțirea și trăirea lui particulară, își are propria sa viață psihică.

Acest psihism inedit își are expresia sa originală începînd cu capacitatea de stăpînire și terminînd cu capacitatea de dăruire de sine; își are dimensiunile proprii de integrare, adaptare, echilibrare între eul său și realitatea exterioară, prefigurînd satisfacția, fericirea sau nefericirea sa.

Excitațiile mediului exterior, chiar dacă se „oferă" în întregime fiecărui individ, sînt în același timp selectate și acceptate sau respinse în funcție de dispozițiile și tendințele personalității sale.

Mediul exterior constituie sursa inepuizabilă pentru geneza informațiilor, dar nu toate ofertele lui vor avea același coeficient de valoare în laboratorul psihicului uman. Realitatea perceptibilă și cea inteligibilă nu se suprapun și nici nu se confundă.

Semnificînd, omul așează realitatea în mulajul structurii sale subiective. Persoana dorită oferă conținutul, iar sensibilitatea îndrăgostitului forma.

De la nivelul energetic al realității accesibile pe care o oferă persoana partenerului, prin simțuri (linia unei siluete, căldura atingerii mîinilor, strălucirea unei priviri etc.), sau indirect prin traductorii interpuși (cunoașterea și socialul) îndrăgostitul decupează formele după modelul geometriei personalității sale reconstituind un univers nou, în formule originale.

Realitatea este reconstituită prin ceea ce se petrece în laboratorul lăuntric cerebral.

Îndrăgostitul transpune realitatea într-o viziune subiectiv-creativă proprie transfigurînd obiectul pasiunii sale după

imaginea neoformată, realizînd o trăire interioară, afectivă, foarte intensă, care de cele mai multe ori are o corespondență reală cu obiectul exterior.

Asistăm deci la intersectarea unor sensuri multiple: informația comunicată — operațiile logice susținute de structura psihică — informația și varianta sa de trăire subiectivă.

Dragostea deci nu sancționează (acceptă sau refuză) numai după criteriul adevărului sau falsului, ci și în funcție de semnificația valorică posibilă pe care o acordă partenerului vizat. Dragostea nu este o aproximație impusă de finitudinea intelectului omenesc și nici de un sistem în care se manifestă caracterul haotic al realității, ci ea rezultă dintr-o proprietate obiectivă a sistemului nervos, o proprietate cu evoluție sinuoasă în care legitățile acționează cu tendințe suportînd acțiunea factorilor accidentali, mersul evenimentelor avînd totuși un caracter probabilistic.

Modelul complex al cauzalității, adecvat formelor evoluate de organizare a materiei, face posibilă intervenția unui număr nedefinit de variabile, ceea ce creează un spațiu de joc și întîmplării. Atîta timp însă cît această dragoste se situează în parametrii adaptativi de armonizare a personalității, ea constituie un factor important în menținerea echilibrului psihic.

La om, legăturile sufletești reprezintă o premiză fundamentală pentru suprema satisfacție în sexualitate. Năzuința intimă de a fi cu celălalt și dorința de a-l înobila sufletește, de a-i crea plăcere se numește eros — dragoste. Acest sentiment, sentimentul că participă la existența conștientă a personalității, pătrunde în sfera concepției despre lume și se subordonează controlului moral al acesteia.

În concluzie, atracția dintre doi indivizi din specia umană nu este pur fizică ci mai ales afectiv-psihică și prin aceasta se deosebește fundamental de instinctul animalic.

În acest sens este negat și epicureismul care cere de la viață numai plăceri primare.

Omul este un animal dotat cu axiotropism. Medierea între realitate și valori o face cultura. Cu cît gradul de cultură va fi mai mare, cu atît cei doi parteneri vor deveni tovarăși de familie și de viață pe baza stimei și sentimentului de iubire, a fericirii ce decurge din încrederea reciprocă, înțelegere, tandrețe, armonie, gînduri alese și idealuri comune.

Pe parcursul comunicării între doi indivizi dragostea se încarcă cu imagini vizuale, auditive, emoții, speranțe, ampli,

ficîndu-se, psihizîndu-se pînă la aspecte personale extrem de puternice, uneori mai puternice decît instinctul de conservare.

5.2.1. Dragostea umană — variante

Dragostea este scînteia, combustia ființei umane pieritoare pe firmamentul infinit al neantului universal.

„În jurul sentimentului fizic care formează nucleul sau centrul de atracție, sînt polarizate sentimente determinate de atașamentul, simpatia, respectul, plăcerea de a fi aprobat, amorul propriu, satisfacția triumfului în a poseda dar și a te dărui cu generozitate. Toate aceste sentimente amplificate, hiperbolizate fiecare în particular formează starea psihică complexă pe care o numim dragoste. Și cum fiecare din aceste sentimente este în sine un mare număr de stări și reflectări ale conștiinței, putem spune că dragostea topește într-un imens agregat aproape toate capacitățile creierului de care sîntem capabili și din aceasta rezultă și irezistibila sa putere" (H. Spencer).

Poezia diafană și subtilă a sentimentului de dragoste se înfiripă pe atracția inițială, fără participarea expresă a conștientului, dar, care de la început, departajează plăcutul de neplăcut, simpatia de indiferență sau chiar de antipatie.

Relația stabilită pe plan afectiv este caracterizată prin simpatie, atracție reciprocă și motivată prin similitudine, apropiere de structură, idei, sentimente, statute, vîrstă (pe principiul atracție-respingere).

Individul poate găsi afinitate din dorința de a descoperi în altă persoană un „obiect" complementar cu care să se identifice, aparatul psihic funcțional prin investiție, distribuire a energiei de care dispune.

Pe linia atracției, adică atunci cînd imaginea realului coincide cu imaginea ideală, lăuntrică, identificarea eului propriu cu persoana partenerului, atunci această atracție se transformă într-o certitudine pentru subconștientul care acționează tot mai dinamizant, efectul devine o irezistibilă necesitate.

Impactul împlinirii unui vis, satisfacția, beatitudinea, sentimentul triumfului, acumulează forțe noi, întreaga personalitate devine mai puternică, mai plină de certitudini printr-un fenomen de iradiere și reflectare în și din toate

compartimentele ființei umane. Relația dintre îndrăgostiți este o modalitate de exteriorizare a unui „alter Ego".

Saltul calitativ de la impactul primar, cuplajul prin simpatie, la adevărata dragoste umană, învăluitoare și plenară, este determinat și susținut de calitatea personalității celor doi indivizi, de trăsăturile lor temperamentale, intelectuale și morale, de capacitatea lor de înțelegere a esenței acestei dragoste, ajungîndu-se astfel la semnificația ei cea mai cuprinzătoare „*catharsis*"-ul (grecesc), adică actul sufletesc de „curățire", de „iluminare".

Desfășurarea, amplificarea, optimizarea și stabilirea în continuare se face în virtutea ștergerii contradicției între „al meu" și „al tău", asigurînd unitatea superioară a cuplului din care cîștigă amîndoi în atmosfera de răbdare, sinceritate, dăruire. Dar, această unitate încă nu se desăvîrșește, atîta timp cît nu este sancționată și de social.

Cu cît crește suportul cunoștințelor, al culturii unui individ, cu atît rațiunea, conștientul, devin dominante și împlinitoare, cu atît valențele oarbe și perisabile se statornicesc într-o conștiință a asumării răspunderilor morale și sociale.

În virtutea acestor răspunderi, aspirațiile, pasiunile dragostei oferă siguranță și rezistență în fața unor obstacole pe lunga și îndatoritoarea cale a vieții.

Dacă în cele arătate pînă acum am încercat să eșalonăm treptele secvențiale ale fenomenului dragoste, începînd cu elementele sale cele mai primitive, instinctuale și terminînd cu cele sociale, se înțelege că situarea individului pe una dintre treptele intermerdiare, datorită unor handicapuri genetice sau a unor insuficiențe, alienări sociale va duce la particularizările respective în comportamentul său de exprimare a dragostei.

După cum s-a arătat, în „formula" complexă a dragostei se oglindesc implicațiile diferitelor structuri morfo-funcționale-psihice ale creierului.

Creierul ca sistem real și complex funcționează după algoritmul de „ordine", „echilibru", „normalitate".

Acest „normal" însă își are sau își profilează intermitent unele „asimetrii", tendințe, trăsături dominante din partea unora sau altora din aceste structuri.

Există deci indivizi mai senzuali, cu obsesie erotică fizică, există și indivizi mai corticalizați; există indivizi cu o expansivitate mai vie sau mai placidă în dragoste, există... etc.

5.2.1.1. Dragostea nemărturisită

Freamătul dragostei se înfiripă odată cu adolescența. Dar cum aceasta nu se realizează în deplinătatea sa la o scadență fixă, ci într-o perioadă mai scurtă sau mai lungă, de cîțiva ani, cu remanieri și împliniri succesive pe plan fizic, neurologic și psihic, natural că sincretismul biologic va structuraliza tatonări, dezechilibrări-reechilibrări, integrări și ameliorări treptate, corespunzătoare etapelor de dezvoltare.

Este vorba de o trebuință, dorință direcționată spre un scop precedat sau anticipat, în condiții de conflict, frustrare. Această motivație are o dublă articulare: biologică (stare subiectivă de necesitate, îndemn) și socială (cerința sau valoarea pe care încearcă să o exprime).

Aceste dorințe se ierarhizează diferențiat în sistemul motivațional-efectiv, cu un rol dinamogen și orientativ, denunțînd deocamdată o limită (sau o lipsă a individului pe linia evolutiv ontogenică a existenței sale, căci dorințele sale nu echivalează satisfacerea autonomă a lor).

Dinamica vieții afective este, prin excelență, la această vîrstă, un joc de forțe ce se ciocnesc sau se favorizează,un spectacol în care se confruntă o gamă infinită de culori și tonuri, plină de vigoare și dinamism.

În tot cazul dorințele de dragoste ale adolescenților dau o coloratură vieții afective, genereazǎ sentimente și pasiuni; lipsa lor echivalează cu o infirmitate.

Dragostea la acești indivizi este încă un sentiment în devenire, vag, fără orientare. Imaturitatea nesincronizată și neintegrată a emoției, raționamentului, voinței, emană doar rudimente de dragoste.

Această conjunctură, la care se adaugă și lipsa de experiență și de curaj în a-și mărturisi sentimentele față de ființa iubită, duce la introspecțiuni refulative în lumea viselor, stafiile fanteziei înfierbîntate substituind trăirea reală. Onirismul, fără substanța reală, este mai facil decît percepția realului.

Relevanța disproporțională a neajunsurilor devine deseori paralizantă, îndeosebi pentru persoanele cu posibilități mai reduse sau cu o sensibilitate excesivă, deseori alimentată de o educație sexuală neadecvată, anxiogenă, imprimată de familia îndoctrinată în tranditionalismul său moral.

Între principiile șablonarde ale familiei, fără apel la rațiune și nevoia de integrare în grup a adolescentului, acesta se refulează în adîncurile timidității și stîngăciilor. Ca atare, prin lipsa de trăire sau lipsa tăriei de a schimba starea de lucruri, cînd aceste refulări nu ricoșează violent și ireductibil în inerții nevrotice sau derapări, perversiuni, consum de droguri etc., individul handicapat în relațiile cu partenerul său recurge pe căi ocolite la tachinări, îmbufnări, scene de gelozie etc.

5.2.1.2. Dragostea neîmpărtășită

„Sufletul nu ți-l da decît cui își dă sufletul lui... altfel tu rămîi fără nimic".

„Cel mai trist lucru în dragoste e că uneori îți dai sufletul cui nu are nevoie de el" (N. Iorga).

În delirurile erotice (în primele faze ale acestora) se constată o lipsă de profunzime a sentimentelor combinată cu absența spiritului critic.

Sentimentul de dragoste și/sau prietenie pe care un tînăr sau o tînără îl dezvoltă față de o ființă imaginară sau reală implică o insuficiență critică față de aceasta. Mai ales la vîrsta tînără, dar și la maturitate, unii indivizi se lasă seduși de chipurile reale sau reproduse a stelelor de cinematogaf, ale actorilor, persoanelor căsătorite etc.

Lipsa unei concordanțe dintre aspirațiile, idealurile și calitățile personale fizice, morale, intelectuale, neevaluarea adecvată a șanselor de reușită în tentativa cuplajului sentimental cu persoana dorită, generează eșecul, pierderea încrederii în puterea de seducție, depresiune, însingurare, abandonul într-o dragoste de... ocazie, ocazie ce poate la rîndul ei să închidă un cerc vicios.

Carența afectivă pe fonul frămîntărilor inerente procesului de maturizare afectivă, nu numai că îi compromite individului activitatea, dar aceasta poate conduce chiar la perceperea deformată a sensului vieții. Privațiunea de stimuli specifici duce la distorsiuni psihice, concretizate într-o simptomatologie nespecifică: alterarea dispoziției afective, cefalee, insomnie, nervozitate, scăderea randamentului ideativ, volitiv.

Aceste fenomene de dezorganizare și dezintegrare psihică pot fi interpretabile prin prisma teoriei nerviste (inhibiție corticală); prin teoria informației și ciberneticii (blocarea

transmisiei și prelucrării informației); prin teoria stresului (epuizarea endocrină secundară inhibiției nervoase) — disfuncții la nivelul sistemului reticular activator, a interenției sistemului inhibitor talamic, reducerea tonusului simpatoadrenal.

Dacă dragostea nemărturisită și neîmpărtășită sînt în marea lor majoritate apanajul vîrstelor adolescente și se supun meandrelor structurărilor biopsihologice în dezvoltarea lor spre consolidări mature, adesea ajungînd la limanurile echilibrului, ale normalului, dragostea individului matur își profilează și ea unele particularități care trebuie cunoscute.

Există numeroase note comune ale răspunsurilor diferiților indivizi la situațiile curente și chiar la cele mai puțin obișnuite, stimulate de către persoana partenerului.

Deosebirile devin sensibile dacă solicitările, prin complexitatea, intensitatea, durata și mobilitatea lor determină diferențe în adecvarea promptitudinii, nuanțării față de stimuli externi. Astfel, dragostea ca expresie esențială și plenară a individului uman variază după individ, societate, epocă etc.

Se știe de asemenea că atît psihologia cît și psihiatria pornesc adesea, în analiza sau construcțiile lor, de la unele profiluri psihologice, paranormale, de limită.

Este vorba de indivizi cu trăsături permanente disarmonice sau latente, care nu pot fi sesizate decît sub impulsul unor momente de viață interioară (bioritm etc.) sau sub impulsul unor circumstanțe externe, inclusiv cele erotice. Aceste particularități de exprimare a personalității „paranormale" prin persistența sau acuitatea lor pot constitui surse de nepotrivire, tensiuni și distorsiuni psihice între indivizii cuplului.

Educatorii ca și tinerii trebuie să cunoască aceste realități ca să surprindă mai precoce și cu mai multă perspicacitate trăsăturile partenerului, aceasta pentru adecvarea poziției lor inițiale sau pentru planificarea pe termen lung a conviețuirii.

Desigur că tipurile respective suferă de oarecare aproximație și conveniență, dar ele, în mare, rămîn cadre utile de clasificare a indivizilor cvasi-normali.

În cele ce urmează vom apela la serviciile acestor prototipuri.

5.2.1.3. **Dragostea pasiune**

De cele mai multe ori este rezultatul dragostei „la prima vedere" ca „o lovitură de trăsnet" *(„coup de foudre")*.

Este „o incendiere simultantă a doi indivizi, o revărsare simultană de potenţial afectiv, cu toate extazurile şi sfîşierile sale".

Aceasta poate fi echivalată cu un şoc, o siderare bruscă a întregii personalităţi umane. Emoţia şi tulburarea subită şi perplexă sînt atît de puternice, fascinante şi intersugestive, încît privirile se magnetizează reciproc, cuvîntul amorţeşte pe buze; tensiunea nervoasă invadează întreg organismul, determinînd intense modificări somatofiziologice şi, după o ţintuire de cîteva clipe, o atracţie irezistibilă îi apropie în decorul unei impasibilităţi totale pentru cele din jurul lor.

Din păcate, adeseori, totul e un foc de paie întărind adevărul despre legea ce guvernează dinamica cerebrală şi anume că „excitaţiile intense virează tot aşa de repede şi de intens spre inhibiţia de protecţie". În acest sens, nu este de mirare că „marea iubire" după epuizarea sa fizică, după anihilarea fenomenului de „cristalizare" a dragostei (Stendhal) poate vira uneori spre „marea ură" între indivizii respectivi.

Dacă însă calitatea personalităţii celor doi parteneri reuşeşte să se substituie cu succes eclipsei, iraţionalităţii de moment, prin înclinaţii temperamentale şi idealuri asemănătoare, într-o completare armonioasă, reciprocă, atunci se poate vorbi de marea dragoste.

În lumina celor relatate mai sus, mai pretabile pentru dragostea pasiune sînt tipurile „excitabil exploziv" şi „impulsiv".

Tipul excitabil exploziv are următoarele trăsături: tendinţa la voluntarism, de dominaţie, insolenţă, neastîmpăr, agresivitate, scurtcircuitări primitiv brutale violente, urmate de o „răcire" a acestora (căinţă, politeţe excesivă).

Tipul impulsiv: tendinţe la necesitatea satisfacerii unor nevoi primitive ca minciuna, risipa, denunţul, furtul, hipersexualitatea, etilismul, vagabondajul.

5.2.1.4. **Dragostea reverie**

Dragostea, cel puţin la debut, implică şi unele dificultăţi în realizarea sa prin nepotrivirea unor condiţii interne şi externe. Forţa sufletească volitivă, necesară rezolvării con-

tradicţici dintre ceea ce se doreşte şi ceea ce poate deveni realitate nu se implică totdeauna într-o măsură corespunzătoare.

Ca atare, carenţa de efort face ca pulsiunea erotică să fie eludată, scurtcircuitată, printr-o mai „economicoasă" transpunere a extroversiunii într-o comodă şi facilă introversiune onirică. Ca urmare, omul de rînd cunoscînd pe de-o parte „avantajele" pe care le oferă dragostea, iar pe de altă parte dificultăţile complicate în realizarea ei, a găsit rezolvarea facilă în alianţa cu substitutele dragostei.

Dintre aceste substitute, pe primul plan se situează literatura axată pe revérii erotice. Această extrapolare o trăiesc atît omul normal, echilibrat, cît şi, mai ales cu exagerarea respectivă, stigmatizatul mintal.

Spre deosebire de acesta din urmă, omul obişnuit trăieşte conştient această substituţie şi poate trece oricînd de pe planul ficţiunii pe cel al realităţii.

Dragostea, ca „o ipoteză psihologică transformată în ideie fixă" (Janet) în neputinţa ei de a iubi concretul şi prezentul, se va valida în visuri, preocupări artistice sau evaziuni ca alcoolismul, stupefiantele.

Mai pretabile pentru dragostea reverie sînt tipurile „astenic" şi „psihastenic".

Tipul astenic se conturează prin: tendinţe la sensibilitate impresionabilitate, fugă de agitaţie, de asprime, de brutalitate, izolare, contact uman redus, răceală afectivă, slăbiciune, iritabilitate plîngăreaţă, recurgerea facilă la „nu pot", neîndemînare, mişcări obtuze, vorbire monotonă, epuizare fizică rapidă.

Tipul psihastenic: tendinţă la puseuri de anxietate fizică, impresionabilitate, obsesii, nesiguranţă, ipohondrie, depersonalizare, izolare existenţială, pedanterie, meticulozitate, scrupulozitate, autocontrol exagerat, pierderea simţului realului prin scăderea tensiunii psihice.

5.2.1.5. Dragostea platonică

Este expresia implicaţiei maximale a componentei corticale, dragostea intelectualizată, idealizată.

Bucuria şi fericirea unui asemenea cuplu sînt alimentate de consensul de gînduri, respect, veneraţie, interese, idealuri, pe aprecieri reciproce în virtutea succeselor de ordin social obţinute împreună.

Sînt lucruri și sentimente pe care individul, de unul singur, nu le-ar putea obține fără colaborarea celeilalte „jumătăți" de care amintea Platon. În plus, aspectul instinctual al dragostei este cu totul subestimat, în unele cazuri chiar disprețuit, ca semn al întinării, al compromiterii dragostei sublimate și idealizate.

Mai pretabil pentru dragostea platonică este tipul „timic depresiv" cu puseuri de sensibilitate, posomoreală, răceală afectivă, tendința la filozofare „în gol" sau asupra „contrarietăților" vieții, tendința la spiritualizare.

5.2.1.6. Dragostea-manie

„Psihanaliza" susține că „în ultima instanță omul nu se poate iubi decît pe sine însuși și că a iubi pe un altul echivalează cu a-l integra în propriul Eu" (S. Ferenczi). Această afirmare își păstrează valoarea în exprimarea primară a afectivității.

Dragostea nu este totdeauna dezinteresată, acea dragoste prin care te bucuri sincer de fericirea altuia („*guadere felicitate aliena*" — Leibnitz).

Egoismul cel mai profund se strecoară cu subtilitate pînă la sentimentele și ideile cele mai înalte.

În acest sens, mai ales la caracterele slabe, se poate discerne „dragostea-manie" (Janet) care are la bază trebuințe obsesive: de a fi admirat, de a deveni centrul preocupărilor și atenției, de a fi protejat,de a primi măguliri, elogii,adulări, elemente absolut necesare în menținerea confortului psihic personal.

În loc ca dragostea să fie trăită între indivizi care își respectă unul altuia autonomia, aceasta se transformă dintr-un „egoism altruist" într-un „egoism în doi", fiecare studiindu-se cum să-și atragă și să posede ființa celuilalt, fiecare caută să pună mîna pe libertatea celuilalt.

Există și unele forme de altruism excesiv, pînă la totala uitare de sine (iubire ablativă) care sînt impresionante dar nesănătoase, deoarece devotamentul excesiv, cu anularea propriului eu, duce inevitabil la un egoism feroce din partea celuilalt partener.

Femeia societății de ieri era mai dispusă să-și construiască o imagine promițătoare și să-și proiecteze „amorul" spre bărbatul-garant. Aceasta în primul rînd din cauză că își convertea încă o mare parte din nevoia de integrare, într-un

model de iubire aberantă: dragostea vanitate, dragostea robie etc.

Astfel că dragostea, care se pretinde a fi pentru partener, este în fond o formă de narcisism. Ceea ce se crede a fi „marea iubire" sau „nebunie în doi" nu este altceva decît satisfacerea tăinuită, iluzia de a fi iubită și apreciată la adevărata valoare. Este imaginea onirică pe care și-o plăsmuiește fiecare prin hipertrofierea propriului eu.

Se consideră în general că dintr-o dragoste caracteristică maturilor echilibrați, această dragoste este o compensație pentru un psihic frustrat.

Mai pretabile pentru dragostea-manie sînt tipurile psihologice „isteric" și „paranoic".

Tipul isteric: instabilitate ideativă, tendința de a poza, teatralitatea, recurgere la reclamă cu orice preț, atașare față de extraordinar, sensibilitate la laudă și sugestie, capriciozitate, egoism, reacții exagerate psihomotorii în fața situațiilor dificile (mai ales în public); abordarea minimei rezistențe cu recurgerea la minciună, denunțare, căsătorie pentru a face „carieră", derapări în frigiditate sau aberații sexuale.

Tipul paranoic: pusee de orgoliu excesiv și nejustificat, judecată unidirecțională, rigidă, falsă față de oameni, tendință la ceartă revendicativă, reclamații, fanatism religios, social, politic, tendințe agresive, căsătorii „revanșă".

5.2.1.7. Dragostea erotică

Dacă dragostea adevărată, normală, este un sentiment profund și multilateral, dragostea erotică se rezumă la simpla excitație senzuală.

Dragostea erotică este o invenție a societății de consum care comercializează chiar și cele mai intime porniri și sentimente umane. Revistele, filmele pornografice, muzica lascivă, televiziunea, toate măresc semnificația erotică a siluetei, privirii, atitudinii, vestimentației, începînd cu manechinul din vitrină pînă la „stelele de cinematograf". Scenele din filmele „sexi", opiu al vieții moderne, sînt anticamera stabilimentelor de pervertire sexuală.

Valul de erotism și pornografie produce o adevărată poluare morală a tineretului din numeroase țări prin difuzarea anuală a zeci de milioane de reviste și publicații. Față de această situație, cercuri largi ale opiniei publice și-au manifestat protestul și dezaprobarea împotriva acestui flagel deosebit de nociv pentru tineret.

A confunda „dreptul la dragoste" cu simplul contact sexual reprezintă o renunțare și o poluare regretabilă a tot ceea ce noțiunea de dragoste are mai înălțător și sublim, erotismul uman constituind mai mult decît o simplă satisfacere a motivației sexuale oarbe.

Cultul modern al erotismului își înrobește credincioșii, printr-o nouă formulă sacră — plăcerea, căci „erotismul este o căutare mistică, un mijloc de a scăpa de insuportabilul sentiment al izolării și însingurării de care suferă omul modern, lipsa de comunicare cu semenii săi" (Christiane de Rochefort).

Dacă dragostea-pasiune transformă partenerul într-un mit, erotismul îl transformă într-un obiect — ca persoană el este ignorat. Partenerii rămîn iremediabil separați printr-un sentiment de dispreț reciproc. Astfel, societatea de consum cu extinderea decrepitudinilor sale pînă în adîncul personalității umane amplifică segregația între sexe: pentru bărbat banii, poziția, puterea; pentru femeie obiect de seducție, depersonalizarea, aservirea.

În acest context social nu e de mirare că „începi a fi înșelat și sfîrșești prin a fi excroc" (sentimental — n.a.) (Voltaire).

Cultul dionisiac, cu reprezentările sale cele mai tenebroase în viața sufletească cu pornirile sale iraționale instinctive, cu tumultul orgiastic ce nu cunoaște măsura și ordinea poate cuprinde din nefericire o serie de adolescenți cu carențe de educație, cu lipsuri în respectul față de valorile estetice, morale, tocmai la vîrsta cînd se cimentează afectivitatea și caracterul, condiții de structurare a profundului și sublimului sentiment uman — dragostea.

Dar nu în toate cazurile societatea poate fi învinuită în aceste alienări. Uneori, o handicapare organică poate duce la nevoia puternică de hipersexualitate, la afirmarea prin pare — și supracompensație.

Sub imboldul permanent și intens al instinctului, sexualizarea pune stăpînire pe întreaga cerebralitate a individului, acționînd exclusiv pe direcția satisfacerii plăcerii de nestăpînit. Această senzualitate aberantă devine adesea tributară și altor perversiuni ce slujesc plăcerea: alcoolul, drogurile, perversiunile sexuale, parazitismul social etc.

Dragostea este un mijloc practic de investiție și risipire normală de forțe, urmat de o recuperare a acestora. Cînd acest echilibru nu mai poate fi respectat din motivul unor

surescitări organice sau de mediu, se ajunge la perversiunile sexuale, invenţii mai mult sau mai puţin abile pentru a obţine de la actul sexual cel mai mare beneficiu (plăcerea) cu cea mai mică cheltuială de energie.

Succesul erotic, ca orice succes, joacă şi el un rol deosebit în alienarea individului.

Sentimentul triumfului devine obiect al dorinţelor şi eforturilor, monopolizînd o mare parte din activitatea individului, irosindu-i energiile în noua himeră.

Aceşti indivizi pot să se întreacă cu Casanova sau cu Don Juan, socotindu-se veşnic îndrăgostiţi. În realitate însă ei au pierdut de mult capacitatea de a mai iubi, căci o simplă îmbrăţişare rămîne un simulacru al iubirii care nu se mai transformă în „flacăra îngemănată a vieţii".

Nestatornicii şi foarte labilii psihic au o gamă întreagă de reacţii paradoxale, mergînd pînă la cinism, brutalitate, minciună şi laşitate, producînd suferinţe şi regrete fetelor şi femeilor cu mai puţină experienţă şi pregătire pentru cursele vieţii şi care au văzut în impertinenţa acestora un atribut al „bărbăţiei" juvenile.

Din rîndurile acestor infirmi afectivi se recoltează forma mizeră a seducătorilor, a taţilor nelegitimi, a paraziţilor sociali.

Mai pretabile pentru dragostea erotică sînt tipurile psihologice: „timic euforic", „instabil" şi „pervers sexual".

Tipul timic euforic: pusee de exuberanţă, sociabilitate, flecăreală, lăudoroşenie, pus pe glume, neastîmpăr, iniţiativă (ştie şi poate totul), nepăsare faţă de viaţă, inconsecvenţă, superficialitate, ineficacitate, tulburător de ordine şi disciplină, evaziune etilică, vagabondaj, adulter.

Tipul instabil: fantezie bogată, reacţii emoţionale nuanţate, curiozitate, nerăbdare în satisfacţii imediate, demoralizare facilă, influenţabil de către anturaj, alunecare în bănuieli, minciuni, abuzuri alcoolice, vagabondaj, adulter.

Tipul pervers sexual: crize de frigiditate, impotenţă, masturbaţie, lesbianism, fetişism, sodo-masochism etc.

Se poate conchide că „dragostea" între două tipuri caracterologice psihice total inadecvate, dacă nu va ajunge să macine întreaga viaţă afectivă a fiecăruia dintre cei doi parteneri, se va epuiza după unicul şi ultimul contact sexual sărăcind sau pervertind întreaga personalitate umană.

5.3. ELEMENTE DE IGEINIZARE PSIHO-AFECTIVĂ ÎN EROTICĂ

Dragostea este problema cea mai serioasă a tineretului; căutarea partenerului de viață...; problemă de care va depinde fericirea și realizarea sau nefericirea și ratarea.

Dacă o dragoste plenară și armonioasă înaripează, o deziluzie poate paraliza pe mult timp dezvoltarea psiho-afectivă a tînărului.

Între „*homo sapiens*" și „*homo humanus*" nu există încă o identitate, filogenia instinctelor nu s-a modificat esențial prin autogenie.

Ca orice practică omenească, universul cunoașterii ca și cel al afectelor, moralității, nu este dat ci se face (Lacroix) și cum „în toate lucrurile trebuie ucenicie" (Cicero), tocmai de aceea am socotit necesar a da unele orientări în acest domeniu.

De altfel se cunoaște mai de mult timp că zonele corticale prefrontale, locul proceselor de sinteză, anticipare (gîndirea pură) se dezvoltă ultimele în procesul autogenezei.

Recent s-a demonstrat cu tehnici de finețe, că la acest nivel procesul de mielinizare se încheie de-abia în jurul vîrstei de 40—45 ani, evidențiindu-se astfel paralelismul între ontogenismul psihic și cel al vîrstei biologice.

Trebuie să recunoaștem totuși faptul că de-a lungul biografiei umane instinctul sexual nu a rămas același, ci a devenit mai încorsetat, mai învăluit, mai modelat și șlefuit de către supletea, rafinamentul și luciditatea corticalității și aceasta în primul rînd prin educație, adică prin cultivarea sentimentelor, idealurilor în perspectiva desăvîrșirii umanului.

Se impune deci un transfer de la o generație la alta, o grefare a cunoștinței și conștiinței de la educatori la educați. Aceasta pentru ca tineretul să nu-și irosească viața în căutarea sterilă a unei fericiri iluzorii, trecînd inconștient sau nepăsător pe lîngă tot ce dă sens și valoare vieții, dragostea adevărată, căminul, copiii, frumusețea trăirilor și a realizărilor.

Dinamica socio-populațională, saltul progresului tehnico-științific, schimbarea decorului și a conținutului vieții ca și a concepției despre moralitate, impun o adecvare continuă a educației erotice.

Dacă se consideră dragostea ca o manifestare specific umană, rezultă că este absolut necesară o educație adecvată

pentru realizarea în condiții optime a acesteia. Educația va viza dezvoltarea unor calități psihice morale, etice, intelectuale, care să permită asigurarea respectului reciproc și a autorespectului partenerilor.

Procesul de autoeducație trebuie să întregească și să înlocuiască educația tinerilor de către alții. Acest proces educativ poate și trebuie să demareze din copilărie, în familie, în colectivele de muncă, în organizațiile sociale.

Trebuie menționat că, în special în centrele urbane populate, adolescenții au trebuit să se adapteze la un ansamblu de relații interpersonale mult mai larg și complex decît acela pe care l-au cunoscut generațiile anterioare.

Nu sînt rare cazurile cînd tinerii cu deprinderi deviate, parazitare, de proastă factură, caută prozeliți pentru a nu se expune „singuri" în fața oprobiului public. Astfel se creează legături interpersonale fără o ghidare corespunzătoare, în multe cazuri ajungîndu-se să se adopte modelul de comportament al acestora în mediul social. Aceste modele au uneori obiceiuri discutabile sau chiar nocive, contribuind adesea la sustragerea adolescenților de sub influența adulților, educatorilor, familiei.

Tînărul de astăzi devine din ce în ce stînjenit în a împăca pornirile sale firești cu imperativele unei societăți tot mai exigente față de membrii săi. El are o nevoie reală de experiența și sfatul adulților. Se pare că nici odată în evoluția istorică a omenirii nu s-a confruntat cu dificultăți atît de mari în implicarea și acomodarea la problemele vieții, pline de consecințe prezente și viitoare. Nici odată nu a fost mai descumpănit la răspîntia existenței sale, datorită capcanelor și piedicilor inerente unei societăți tot mai complexe.

Sîntem unanim convinși și direct interesați să cunoaștem pe de-o parte fragilitatea și vulnerabilitatea, iar pe de altă parte — și în mai mare măsură —, susceptibilitățile de ameliorare a rezistenței în fața unor situații comune sau neobișnuite pe care le pune dragostea unui tînăr.

Dacă în perioada nu de mult trecută, cînd dragostea era socotită în exclusivitate echivalentul instinctului orb, „la discreția lui Dumnezeu sau a lui Lucifer", ignoranței i se permitea să meargă mînă în mînă cu rătăcirea, astăzi însă științele umaniste ne oferă o imagine mult mai reală și mai lucidă asupra fenomenelor vieții, asupra dragostei.

Și dacă avem pretenția că epoca în care trăim a „descoperit" fundamentele biologice, economice, sociale și poli-

tice în geneza evenimentelor umane, este de la sine înțeles că a face educație, a face o igienizare sexuală în sensul său plenar și real, impune însușirea și utilizarea eficientă a cunoștințelor de biologie, medicină, psihofiziologie, psihologie individuală și colectivă, estetică, pedagogie, alături de o experiență a vieții. Altfel, vom luneca într-o jenantă și regretabilă inducere în eroare.

În acest sens informațiile multilaterale cu gir de obiectivitate științifică vor avea darul ca legile activității psihice (psihologia permițînd o comprimare sintetică, globalizantă perceptuală și de performanță a personalității) să fie utilizate în favoarea ameliorărilor într-un domeniu atît de cunoscut și atît de controversat încă.

În secolul nostru cu atîtea confuzii și sciziuni spirituale în care părinții și copiii sînt antrenați de consecințele cele mai contradictorii, adesea, nici unii nici alții nebănuind ce se petrece în intimitatea fiecărei tabere, nu se înțelege ce forme morale reclamă tineretul cu cerințele, ademenirile și conflictele sale.

Este necesar deci de a etala ideile cele mai diverse și în același timp cît mai înaintate, verificate de viață în materie de educație, căci, nu există o formulă general valabilă, gata pregătită pentru fiecare individ în fiecare situație concretă. Aceasta în primul rînd că, față de fermecătoarea diversitate a oamenilor, există nu mai puțin tulburătoarea diversitate a priorităților, preferințelor și opțiunilor omenești. În acest sens se obiectează curent nivelului necorespunzător al cunoștințelor, arătîndu-se acuitatea necesităților de educație psihoafectivă umană în familie, școală etc.

La încheierea copilăriei băiatul sau fata nu-și pot da seama în mod obiectiv de importanța alegerii partenerului, căci le lipsesc elementele de apreciere, tînărul fiind înclinat fie să prefere soluția cea mai ușoară, fie să se lase la voia întîmplării.

De cele mai multe ori, participarea părinților la selectarea cunoștințelor, prietenelor sau prietenilor este inexistentă. Sînt cazuri, mai rare, cînd tinerii își invită acasă prietenii sau prietenele în prezența părinților, ascultînd și părerea acestora, dar acest lucru de cele mai multe ori nu se întîmplă.

În cadrul discuțiilor pe care le poartă tinerii între ei sau cu adulții, ei amintesc adesea de „dreptul la dragoste".

Obligațiile pe care le implică viața socială arată că fiecărui drept îi corespunde o îndatorire, astfel că acest drept implică

și datoria de a iubi cu sinceritate și a fi răspunzător de soarta psihobiologică a celuilalt partener.

Atît simpla interdicție a legăturilor sentimentale la tineri cît și îngăduința unor preocupări și practici erotice denaturate, excesive („activismul erotic") sînt prefața unor demodulări ale personalității pînă la psihiatrizări ale unor aspecte comune, cu dificultățile și riscurile respective de inserție în viață.

Este firesc deci ca situîndu-se în avansul înțelegerilor științifice, educatorii și educații să se angajeze, liberi și conștienți, pe linia ascendentă a umanizării.

5.3.1. Condițiile familial-parentale

O premiză fundamentală în educație, în igienizarea psihoafectivă a tînărului este concepția, psihologia, atitudinea părinților. Tocmai de aceea este necesar, și ne permitem în consecință, de a înfățișa cîteva aspecte pe care să le ocolească sau să le abordeze părinții ca educatori ai fiicelor și fiilor lor.

Ei sînt primii și principalii factori de responsabilitate care trebuie să înceapă educația, adesecori dificilă.

Dragostea nu ascultă decît de dragoste... și cine ar putea iubi mai mult, mai sincer și mai generos decît părinții. Familia doar este „cooperativa dragostei" (Berge).

Cei mai mulți părinți, luați prin surprindere, caută cu înfrigurare să răspundă într-un mod cît mai adecvat primelor semne pubertare. În alerta lor însă se produce un amestec de confuzie și derută rezultate din răsfoirea diverselor lucrări „de specialitate" (ziare, reviste, tratate), fără o selecție judicioasă și mai ales fără o reflectare la individualul, particularul cu care se confruntă.

Alții, convinși fiind de caracterul riscant al tuturor problemelor sexualității și speriați de pericolul care paște pe progenitura lor, consideră că-l va apăra menținîndu-l într-o izolare artificială față de realitatea provocatoare, incitantă.

Uneori ies la iveală chiar unele tulburări caracteriale. Mama se revoltă la gîndul că o altă femeie îi va răpi afecțiunea fiului, iar tatăl devine suspicios la gîndul că băieții dau tîrcoale fiicei lui. Sau ambii, în egoismul lor, grijulii în a menține integritatea și simetria sentimentală familiară, se tem că dragostea copilului lor se va înstrăina și se va

dărui altei persoane străine. Pentru a întîrzia scadența implacabilului acestei rupturi, ei încearcă să minimalizeze importanța acestei mutații, neluînd-o în seamă.

Ipocrizia „politicii struțului" și lăsarea ca lămurirea unor probleme să vină de la sine, adesea de la un anturaj dubios, frustrează tînărul de unele conduite structurale în perioada maximei receptivități și plasticități de armonizare a personalității sale. Căci, după această vîrstă pedagogia promite foarte puțin.

S-a spus de asemenea: „copilul mic moare dacă e părăsit, iar adolescentul cînd stau prea mulți în jurul său". Zicala vrea să spună că, în materie de educație nu este bine să alunecăm în extreme. Experiența ne arată că rare sînt familiile în care se știe a se adopta o poziție rezonabilă, la jumătatea drumului între obsesie și nepăsare.

Înțelepciunea din totdeauna a recomandat evitarea unei pedagogii ambiționale, înăbușitoare sau coercitiv-represivă ce favorizează doar răzvrătirea, iar pe de altă parte lipsa de preocupare ce favorizează libertinajul. Libertatea nu trebuie să însemne ignorare și părăsire.

Educația nu trebuie confundată nici cu atitudinea părintelui ce vrea să formeze în mod exclusiv și radical personalitatea fiicei sau fiului lui și nici cea a celui care lasă totul pe seama școlii, a societății, cu încredințarea că și frămîntările propriei tinereți s-au rezolvat fără preocupări deosebite.

Părinții trebuie să adopte, în deplinătatea cunoștinței de cauză, o atitudine plină de înțelegere tinerească, răbdătoare dar fermă și persistentă, în funcție de tendințele caracteriale și sociale pe care le manifestă tînărul. În acest sens, pentru o optimizare reală a educației erotice la tineri, se face apel în primul rînd la așa-numita „educație a educatorilor".

5.3.2. Condițiile sociale

Odată cu adolescența, universul de interese și informații se amplifică cu lumea străzii, a școlii, cinematografului, a instituțiilor de culturalizare în general dar și cu lumea moravurilor care impregnează mintea tînărului la tot pasul, pe căi discrete și „ocolite" cu deosebire de către unii „coeducatori" dubioși cu influență în formarea „normelor de grup", „a modei" etc.

Formula echilibrului emoţional nu este nici predestinată, nici imobilă, rigidă, ci ea se elaborează în cadrul comunicării largi a individului cu lumea şi este esenţial condiţionată de caracterul şi modul de administrare a influenţelor sociale.

Este deci inutil să încercăm a influenţa educaţia afectivă şi a comportamentului erotic al tinerilor, fără a căuta în prealabil să desluşim influenţele pozitive sau negative pe care i le imprimă mediul său, civilizaţia actuală cu toate elementele sale suprastructurale.

Dragostea, în general, nu este numai o problemă de ordin biologic, ci în aceiaşi măsură, una necesar integrată într-o suprastructură culturală, psihosocială.

În erotică, influenţa socială (cunoaşterea interumană, recunoaşterea egalităţii, acceptarea unor îndatoriri comune pentru conservarea funcţiilor biologice ale familiei etc.), este „creatoarea imediată, directă şi incontestabilă a destinului nostru". De aici şi necesitatea educaţiei, ceea ce s-a şi făcut de mii de ani, în diverse epoci, în diverse societăţi, în diferite moduri, cu bună credinţă şi bune intenţii. Este vorba de ceea ce se numeşte „socializarea instinctelor".

Omul s-a domesticit pe sine însuşi prin legile tribale privitoare la legăturile dintre indivizi, ritualul dragostei şi al sexualităţii, întemeierea familiei, creşterea copiilor etc.

„Între creierul sălbatec şi cel educat, diferenţierea reală au făcut-o influenţele sociale ce au activat condiţionat imensele posibilităţi ale acestui organ" (L. Seve).

Dar dacă pînă acum educaţia s-a făcut într-un mod intuitiv, anarhic, a vorbi „astăzi" despre educaţie şi mai ales de o igienizare mintal afectivă, individuală şi socială, în materie de erotism, se impune a se cunoaşte în mod ştiinţific nu numai psihofiziologia tînărului ci şi ambianţa socială, curentele sale. Altfel, ajungem la amărăciunea lui Freud şi anume: „nicăieri ca în elementul psihic al sexualităţii civilizaţia-educaţia nu au cauzat stricăciuni mai mari". Cînd spunem „educaţie" ne gîndim la acea substanţă exogenă care va „face" psihismul, îl va dezvolta şi îi va dinamiza activitatea pe calea normelor sociale.

Aceste aspecte sînt în legătură cu realităţile societăţii omeneşti în care individul se dezvoltă începînd de la naştere şi de la care primeşte masa informativ-educativă.

În sensul direcţiei de umanizare, este de dorit ca, în limitele bunului simţ, societatea cu toate mijloacele sale

să cultive o dominantă cît mai generoasă a corticalității în controlul instinctelor elementare, aceasta în cadrul legilor morale ale mediului social dat. Căci, aserțiunea lui Ajuriaquera se impune și astăzi ca un memento: „fiecare societate își are tipul de tînăr pe care-l merită".

5.3.3. Condițiile psihoafective ale tînărului

Al treilea pilon principal al educației și nu cel mai puțin important, alături de condiția familială și socială este receptivitatea personalității tînărului în cauză.

La vîrsta respectivă, alături de năvalnica revărsare a emoțiilor erotice, în mintea tinerilor se înfiripă și se cristalizează, pas cu pas, valori ca adevărul, frumosul, prietenia, dragostea.

În consecință, tînărul cu dezvoltare normală începe să întrebe, dispus fiind la orice schimb de idei care să justifice părerile și inițiativele sale cam excentrice, măgulit fiind de interesul manifestat pentru aceste idei.

În același timp însă el începe să judece și să hotărască asupra căii optime de urmat atunci cînd este cîștigat de sinceritatea și exemplul pozitiv al părinților, al educatorilor săi.

Fără a-i înfrunta fățiș amorul propriu, tînărul poate fi determinat să devină conștient de necesitatea sau inutilitatea-nocivitatea pornirilor sale, lăsîndu-se repede convins.

Tînărul normal deci nu exclude bunul simț și nu este refractar la cunoașterea elementelor care fundamentează sentimentul dragostei, nu poate să nu aprecieze valorile reale, semnificația și certitudinile acestui sentiment în cadrul fiorului său romantic. La acești tineri, dragostea nu este amenințată de rătăciri dureroase și în general nu pune probleme serioase educatorilor săi.

O a doua categorie o formează tinerii „neglijați" care nu au avut pe nimeni care să le dea un răspuns și îndemnuri corecte la noile preocupări care-i împresoară. Aceștia trag concluzia că sînt părăsiți de ai lor și, implicit, se simt îndreptățiți a proceda după cum îi duce capul.

Există desigur și o altă categorie care, tocmai la această vîrstă, manifestă unele proeminențe ale unor latențe patologice, nesesizate pînă acum. Aceste cazuri depășesc competența educatorilor, ele integrîndu-se în psihopatologia clinică.

Dar cazurile cele mai numeroase și cu problematica cea mai dezorientată în materie de „*management*" erotic le oferă

tinerii a căror personalitate se structurează cu unele seisme, cu aşa-numita „criză pubertară", care poate ţine mai mult timp, deci nu fără unele dificultăţi.

„Adolescentul este neînduplecat faţă de cei care-i dau sfaturi, mîndru, nerăbdător şi nestatornic" spunea Horaţiu. Dar de la schema portret a poetului latin, cu ajutorul studiilor ştiinţifice umaniste, acest portret psihoafectiv s-a adeverit a fi mai complex.

Contradicţiile între cele spuse şi realităţile din familie, societate, imprimă derute profunde în conştiinţa şi comportamentul tînărului.

Toate sentimentele care-şi aveau originea în dragostea protectoare a părinţilor săi, i se par acestuia a fi doar nişte încercări amăgitoare de a-i atribui o poziţie infantilă. Teama de a nu fi păcălit îl face să suspecteze veridicitatea tuturor sfaturilor adulţilor, căci nu mai vrea să fie socotit un naiv. El se străduieşte să se elibereze de toate constrîngerile susceptibile de a-i limita personalitatea în expansiune. În acest sens, nu numai că respinge sfaturile celor mai mari, dar chiar poate lua o atitudine paradoxală, refractară, ostilă.

Imboldul cunoaşterii îl împinge şi pe el la numeroase investigaţii pornind de la descoperirea eului său interior, cu aceeaşi ardoare cu care descoperea fabulosul în cărţile cu poveşti ale copilăriei.

La vîrsta acestor înaripări, noţiunile de ambiţie şi romantism, se confundă, reclamînd hotărîri după legea „totul sau nimic".

Adolescentul este un chinuit între două stafii. Una a emancipării de sub „tutela" familiară, iar cea de a doua a aservirii totale faţă de noile şi fascinantele promisiuni afective.

Îndrăgostitul devine un mic bizar, funcţiile sale de sinteză psihică, acelea care-i formează şi-i exprimă personalitatea, sînt siderate în sinteza şi direcţionarea lor, modificîndu-i funcţiile de libertate.

Sub influenţa noii sale imagini ideale despre lume şi a tendinţelor de consemnare rapidă a trebuinţelor, tînărul manifestă o mare nerăbdare, luînd atitudini de la refuzul dialogului pînă la poziţii de orgoliu protestatar ce poartă amprenta personalităţii sale în formare şi care nu de puţine ori încarcă conflictual, relaţiile cu giranţii tutelari ai dezvoltării şi soartei sale.

Aceşti giranţi trebuie să fie cu multă prudenţă, înţelegere, calm şi răbdare faţă de tînărul ce se vrea „descătuşat", căci,

pînă la un punct această atitudine nu este decît ucenicia libertății și de abordare a dificultăților cu care-l încearcă viața.

5.3.4. Instrucția și educația erotică

În problematica sexualității încă mai persistă confuzia între două aspecte distincte: instrucția și educația.

Instrucția își propune ca prin informare să doteze noua generație cu unele cunoștințe referitoare la particularitățile biologice ale sexelor, cu unele aspecte patologice ale dinamicii sexuale, cu noțiuni despre bolile și contagiunea sexuală etc.

Educație, în schimb, înseamnă influențarea și modelarea personalității tînărului în vederea formării unor convingeri și atitudini față de propria-i sexualitate în raport cu normele vieții sociale.

Limitele și accentele celor două aspecte sînt foarte laxe, adesea confuze și de aceea practica lor diferă de la societate la societate, de la familie la familie etc. Se înțelege astfel și deruta care cuprinde pe unii educatori.

În ceea ce privește instrucția (aspecte biologice, economice, sociale ale sexualității), Suedia a trecut încă din 1956 la includerea organică a acesteia în programa școlară. Finlanda a adoptat și ea sistemul.

Republica Democrată Germană a înființat un departament ministerial cu aceste sarcini. În R.F.G. participarea școlii la această acțiune este „voluntară", iar în Franța oportunitatea ei se mai discută.

Dar, ca în toate bunele intenții, aplicarea unor măsuri fără un larg orizont teoretic pluridisciplinar, fără respectarea unor limite ale practicii pedagogice, fără un echilibru între cele două aspecte (instrucție-educație), inițierea imprudentă și prematură a tineretului face mai mult rău, atît fizic cît și moral.

În general, contrar oricăror prudențe pedagogice s-a făcut din problema sexuală, luată izolat, obiceiul unui studiu nesănătos. Nici odată pînă acum nu a apărut în mod atît de naiv iluzia celor care cred că demonii se îmblînzesc prin instrucțiuni, ca și cum lipsa de informații ar sta la baza relelor contemporane.

Aceasta a determinat pe unii cunoscători în problemă să ia poziții hotărîte: „Sînt un adversar hotărît al sistemului de instrucție pe care-l avem astăzi în chestiunile sexuale. Este

vorba de o epidemie mintală, un fel de ațîțare fizică" — „instrucția colectivă în școală este o monstruozitate" (Stekel).

Reformatorii moderni, cu ieșirile lor violente împotriva „rămășițelor" evului mediu nu trebuie să creadă că acest ev mediu cu cultivarea „excesivă" a spiritualității a avut numai un rol negativ și de asemenea nu trebuie să uite că obsesia și unilateralitatea informației privind numai sfera animală a naturii umane este cel puțin tot atît de nesănătoasă.

Ca principiu general este bine a nu se concentra atenția tinerilor în mod excesiv și dominant asupra aspectelor pur informative.

Instinctul sexual, prin natura lui, ocupă și așa un rol însemnat în preocupările tînărului și deci ar fi o aberație de a acapara total creierul acestuia cu asemenea insistențe. Căci, odată cu atenția îndreptată asupra acestui subiect se trezesc și imaginația, curiozitatea, dorințele, mai puternice la această vîrstă decît rațiunea.

Socotim deci că în condițiile de astăzi, cu răspîndirea largă a unor cunoștințe generale și a unei hipertrofieri a erotismului, a insista în continuare și cu precădere asupra instinctului sexual cu baza sa anatomo-fiziologică, pe „tehnica" sexuală, destul de popularizată în masele largi, este un angajament superflu dacă nu incitant, dăunător.

„În ultima instanță, de la apariția omului nu s-a înregistrat încă nici un caz în care, la încheierea căsătoriei, tinerii să nu fi avut cunoștință despre secretul procreării, în unica sa variantă posibilă și fără deosebiri sensibile".

Fără a minimaliza importanța informației-instrucției; fără a o neglija, credem că astăzi marile probleme ale sexualității, fie ele de ordin individual, familiar, social, rămîn problemele educative — începînd cu dragostea, acea archestrație ce precede și continuă actul sexual în sine cu subtilități pline de feerie, de atașament, de solidaritate, întrajutorare, interstimulare întru împlinirea, echilibrul și dezvoltarea armonioasă — fericirea indivizilor.

Tocmai de aceea, în spiritul celor de mai sus, intenția noastră este de a comuta conceptul de „igienă sexuală", așa cum a fost văzut de lucrările anterioare de specialitate, într-o viziune mai largă din care să nu lipsească adresabilitatea la ceea ce condiționează umanizarea în materie și anume cultivarea aspectelor de suprastructură psihoemotivă.

„Tot ceea ce eliberează spiritul fără să ne dea stăpînire asupra noastră înșine devine periculos" (Goethe).

„Dacă vorbim despre educația sensibilității sexuale, trebuie să vorbim de fapt despre educația sentimentului de iubire cu tot ce cuprinde el — orice altă educație sexuală este dăunătoare și antisocială" (Makarenco).

Personogeneza nu exclude condițiile biologice bazale, ci ea le implică. Dar, din acest punct de vedere, este de mai mare importanță nivelul de la care abordăm problema. Cu cît vom aborda nivelele suprastructurale ale sexualității, cu atît se va lărgi libertatea de mișcare și de eficiență în educație.

5.3.5. Elemente de strategie și tactică educativă

Strategia în materie de educație-igienizare sexuală vizează cultivarea eroticii care reprezintă pe om în integritatea sa, cu instinctele, afectele și rațiunea corespunzătoare fiecărei etape, de vîrstă și fiecărei trepte de socializare a individului. Toate acestea atît în sens curativ — rezolvarea favorabilă a unor impasuri accidentale cît și, mai ales în sens preventiv, a unor rătăciri, prin formarea unui caracter forte.

Desigur că adevărata educație ține de aspectul preventiv și de la ea se speră mai mult în orientarea tineretului pe linia unor certitudini; cu toate că e mai dificilă, mai complexă, cerînd în același timp mai multă persuasiune în urmărirea mai multor principii pedagogice.

În materie de informație-instrucție, este de preferat ca aceasta să se facă ocazional sau cînd este solicitată de tînăr, de către părintele de același sex, acesta din urmă avînd un bagaj satisfăcător de cunoștințe psihopedagogice, cu experiența vieții, plin de afecțiune și răbdare și care îl cunoaște cel mai bine pe copilul său.

În lipsa acestui model de părinte, medicul pare a întruni cele mai multe atuuri prin orizontul său de instrucție și de cunoaștere a psihologiei umane, mai ales pentru cazurile și problemele mai dificile.

Instrucția de către profesorii școlii și în speță de către profesorul de științe naturale are meritul de a nu face din informare ceva aparte, diferit de cursurile obișnuite în care adolescentul să vadă un supliment special al programei școlare căreia să-i acorde o atenție exagerată.

Lucrurile vor fi totdeauna bine înțelese dacă acest profesor va vorbi deschis, fără ocolișuri și aluzii picante, natural și documentat, cu termenii științifici adecvați, recurgînd la simple comparații din regnul vegetal și animal.

Aceste cursuri de științe naturale, alături de spectacolele naturii și discuțiile cu colegii sînt suficiente pentru o informație în general.

Instrucția-informația asupra sexualității, luată ca o expunere pur științifică, este insuficientă. Limitarea la prezentarea aspectului pur anatomic și fiziologic al relațiilor între sexe poate risipi o ignoranță, dar nu poate genera o dorință fermă de a pune în aplicare aceste cunoștințe într-un mod cît mai decent, cît mai înnobilant, cît mai umanizant.

Educatorii se înșeală cînd își închipuie că în școlile noastre tinerii pot fi „educați" cu un exces de lămuriri asupra unui segment corporal uman. Discuțiile asupra prieteniei, dragostei, căsătoriei ar fi mult mai rodnice decît acelea asupra unor detalii anatomice.

În modernismul nostru intempestiv uităm că sînt funcțiuni care nu pot fi stăpînite fără ajutorul reflexiunii frenatoare, uităm că cea mai bună educație sexuală este educația caracterului; metodă care pune în lumină inepuizabila forță a spiritului ce devine astfel stăpîn pe dispozițiile și dorințele instinctuale.

Este vorba de o luptă conștientă și hotărîtă contra a tot ceea ce poate limita libertatea interioară prin instincte, pasiuni, moliciune, flecăreală, melancolie, lene, lașitate și alte vicii.

Profilaxia are sarcina de a feri individul de contagiunea grupurilor corupte, de a-i forma o opinie sănătoasă — profilaxia înseamnă cultivarea caracterului. Nu cunoștințe foarte intime ci educația voinței, a fermității, a stăpînirii de sine, a dezvoltării spiritului de independență, a scrutării lucide, exersate din vreme și cu caracter de permanență. În acest sens se impune a învăța copilul de mic să „renunțe" nu în sens stoic, de a se lipsi de plăcere, ci în sens epicurean, de a se lipsi de ceva în schimbul unei bucurii — satisfacții mai consistente și mai elevate. Numai atunci vom fi scutiți de marile derute, de marile derapări pline de amărăciuni și regrete, de predici într-o atmosferă de agitație sterilă și înveninată.

Am amintit mai înainte că tactica educativă trebuie să respecte anumite principii pedagogice. Acestea sînt următoarele:

5.3.5.1. Principiul adecvării la vîrstă

Modul de recepţionare, prelucrare şi codificare a informaţiei de la sursele externe este condiţionat de ansamblul factorilor interni: în primul rînd de caracteristicile sistemului neuro-endocrin, de stările de necesitate — motivate la un moment dat şi de experienţa anterioară a individului.

Pe măsură ce se dezvoltă şi se consolidează diferitele structuri psihice, acestea devin condiţii, factori care participă activ la reglarea raporturilor individului cu lumea externă. Evolutiv, în filo- şi ontogeneză, omul se deplasează tot mai mult în planul interacţiunii cu lumea externă — de la medierea de tip biologic la cea eminamente psihologică, structurile psihice preluînd rolul principal.

Este de subliniat faptul că trecerea de la un stadiu la altul pe planul dezvoltării psihocomportamentale este susţinută şi implicit corelată cu organizarea structurală a creierului: mielinizarea, maturizarea şi intrarea succesivă în funcţie a zonelor asociativ-integrative ale scoarţei cerebrale (secundare, terţiare, cuaternare).

Esenţial în înţelegerea aspectelor calitative ale creierului este nu atît substanţialitatea în sine a elementelor anatomo-structurale, cît mai ales relaţiile funcţionale dintre acestea, logica transformărilor şi combinaţiilor pe care le efectuează diferitele subansambluri neuronale.

În consecinţă, practic, etapele psihofiziologice cer o adecvare pedagogico-educativă diferenţiată în trepte: prima treaptă de la 4 la 10 ani, a doua de la 10 la 17 ani, a treia de la 18 ani.

Cultivarea vieţii erotice trebuie iniţiată încă din copilărie, înainte de dezvoltarea instinctului, cu ceea ce se numeşte „jenă" şi refuzul satisfacerii diferitelor capricii manifestate de copil.

La nivelul treptei a doua se desăvîrşesc capacităţile de bază ale inteligenţei, în afara unor judecăţi complexe care se cer formate prin experienţă. „Înţelepciunea nu se potriveşte cu această vîrstă" (Cicero).

Individul matur priveşte lucrurile „de sus în jos", de la nivelul discernămîntului raţional corespunzător dezvolta-

rii maximale genetice a creierului pe pista ontogenezei, a experienței de viață; adolescentul însă privește lucrurile „de jos în sus", de la nivelul disponibilităților morfofuncționale cerebrale corespunzătoare stadiului de dezvoltare, adică de la nivelul structurilor mai primitive, pulsionare, instinctive, spre cele ideativ-raționale care abia se structurează.

În lumina acestor adevăruri este un non-sens să contăm la acest tînăr pe o raționalitate plenară, pe conștiința ideilor și faptelor în plinătatea sa, cu atît mai mult în circumstanțele particulare de înfierbîntare a instinctului sexual, cu exprimarea sa sentimentală — dragostea.

În această perioadă, ocazional, obiectiv, fără mister și mituri, pregătit a răspunde și la întrebările nemărturisite, educatorul poate să avanseze unele probleme firești, unele probleme sumare, mai mult simbolice decît științifice din sfera relațiilor dintre sexe.

Ar fi absurd să se explice acestor „copii" complexitatea mecanismului fecundației cîtă vreme nu înțeleg încă mecanismele mai simple ale respirației și circulației. Îndrăznelile lor de limbaj nu pot echivala cu informația reală asupra acestor lucruri, căci la un interogatoriu precis constatăm mai mult cunoștințe fragmentare prinse din informații erotice ocazionale.

În ceea ce privește partea educativă, pentru făurirea propriului lor sistem de apreciere orientat spre valorile sociale, este bine de știut că nu putem elabora o doctrină unică care să rezolve în egală măsură toate situațiile. Fiecare tînăr pune o problemă particulară care scapă încercării de sistematizare. Pentru a evita impasul derutant este de datoria adulților ca, înainte de a acționa, să cunoască foarte bine situația pe care o abordează apoi, cu prudență, fără judecăți sentențioase, fără erijări în model absolut, să aștepte cu răbdare momentul cînd tînărul singur cere anumite relații pentru a-și susține raționamentul.

De asemenea este de recomandat ca acestor tineri, adesea profund frămîntați, să li se ofere răgazuri de meditare în care să-și facă bilanțul dorințelor pentru a-și calma neliniștile, de a-și adînci introspecția reflexivă, maturizîndu-și caracterul în deplină libertate.

Rediscutarea problemelor, efortul de a limpezi gîndurile, întrebările tinerilor, pot optimiza discernămîntul între erotismul orb și emoția superioară, dragostea în plinătatea ei și

în același timp pot preveni sau rupe lanțul de idei și practici inadecvate, prin realizarea unor conexiuni noi de idei și fapte.

În tot cazul să nu urmărim înăbușirea elanurilor lor firești, căci îi putem împinge la rezistență și răzvrătire.

La nivelul celei de a treia etape, după vîrsta de 18 ani, pretențiile de cunoaștere ale tînărului trebuie satisfăcute informațional cu date de certă rigoare științifică, iar sub raport educativ lucrurile trebuie direcționate spre cunoașterea vieții în doi, orientare prenupțială, obligațiile familiare și sociale în perspectiva unei eventuale căsătorii.

5.3.5.2. **Principiul adecvării la sex**

Marile eforturi de emancipare a femeii și în paralel cu aceasta, educația adecvată a fetelor, au fost stăpînite de ideia egalizării lor cu bărbații. Dar aceasta constituie o nouă formă de aservire, obligînd femeia să renunțe la idealurile sale specifice.

Fiecare sex trebuie să găsească, să realizeze propriul său tip, în acuratețea și plenitudinea sa.

Pedagogi ca Stanley-Hall, învinovățesc educația de a frustra femeia de nimbul personalității sale.

Cu cît studiile, sporturile sau munca socială doboară bariere exterioare, cu atît mai mult o tînără trebuie să-și alcătuiască din rezervele sale interioare o citadelă — iată adevărata emancipare. Deci, nu nivelarea spirituală între sexe ci, din contra, cultivarea specificului cu ceea ce au ele mai valoros.

Fiecare din cele două sexe trebuie să ia unul de la celălalt cîte ceva, dar să-l integreze în mod propriu.

Coeducația fetelor și băieților va oferi: primelor o natură mai necomplexată, mai curajoasă, mai independentă față de viață, iar băieților mai multă stăpînire de sine, mai mult rafinament.

În general, cu cît vom ști să deosebim educația proprie fiecărui sex, cu atît nu va fi nevoie să-i separăm în mod artificial într-o problemă care-i angajează în egală măsură.

În particular însă există destule motive ca, unele probleme mai intime, care nu suferă publicitate, să fie rezolvate între mamă-fiică, tată-fiu sau medic, psiholog-adolescent.

În unele situații dificile din viața tinerilor, un rol important revine familiei și în primul rînd mamei, care cu mult

tact, afecțiune, solicitudine și răbdare prin autoritatea morală a poziției de mamă și prin înțelepciunea pe care i-o conferă experiența de viață, poate și trebuie să acționeze astfel ca aceste mici întîmplări sentimentale, mai mult sau mai puțin grave, să nu evolueze spre situații conflictuale dramatice, care să lase o amprentă sau chiar o amputare a patrimoniului afectiv și așa foarte fragil al adolescentei, cu implicații deosebit de grave pentru viitoarea femeie, soție, mamă.

Fără a confunda rușinea cu pudoarea este bine a nu destrăma intempestiv pudoarea neprefăcută a tinerelor fete în numele unei științe ipocrite, incitante sau agresive.

5.3.5.3. Principiul exemplului personal

Un aforism înțelept spune: „nu înveți pe alții nici ce știi, nici ce vrei ci ceea ce ești" adică, prin exemplul pe care-l oferi tinerei generații.

Tradiția și educația în familie, cu atmosfera de dragoste, fără subiectivism, prejudecăți, ipocrizie, au un rol hotărîtor în corectarea sau frînarea unor porniri și practici inadecvate cu sensul înalt și sănătos al dragostei tinerești. Climatul de puritate morală, evitarea discuțiilor licențioase sau a expresiilor vulgare, corectitudinea conduitei părinților, influențează adînc conduita tînărului. Evaziunile mamei sau ale tatălui pregătesc libertinajul, imoralitatea, pornografia, toxicomaniile copiilor lor.

De asemenea momelile, perspectivele ademenitoare ca satisfacțiile materiale, sociale, dragostea „carieră" avansate de pervertirea unor părinți sînt în contradicție totală cu tendințele generoase ale conștiinței tînărului.

5.3.5.4. Principiul sincerității și încrederii

„Educatorul trebuie să facă o alianță cu eul spiritual al tînărului" (I. Kant).

Orice informare și mai ales educația, își pierd sensul și șansele dacă nu se adresează unor tineri suficient de eliberați de tutela excesivă a părinților pentru a putea confrunta sfaturile cu propriile păreri și experiențe în satisfacția independenței.

E drept că este greu să definești întotdeauna bine limitele exacte ale acestei libertăți dar, este mai bine să se facă

greşeli prin indulgenţă decît prin opreliști severe. Constrîngerea este cu atît mai greu suportată cu cît cei ce devin obiectul ei se cred de multă vreme egali cu sfătuitorii lor.

Convingerile și valorile adevărate sînt acelea care se integrează în personalitatea afectivă a individului, asigurînd o permanenţă în poziţia, angajarea moral socială.

Ne îndoim că lectura unor tratate de morală ar putea substitui ponderea personală a educatorului cînd între acesta și tînăr se stabilesc raporturi de respect și încredere reciprocă. Căci, în psihismul uman, cuvîntul-mesajul nu este numai un semn ci și o semnificaţie care pentru cel ce îl decodează înseamnă o integrare după schemele trăirilor sale psihoafective.

Receptorul vine în întîmpinarea emiţătorului cu sistemul său valoric și operaţional de inteligenţă și interes, finalul comunicării fiind o structură, rezultat între cele două conștiințe ce se angajează sincretic într-o singură convingere.

Între educatorul și educatul care nu au aceeași „lungime de undă" psihologică, comunicarea semantică a informaţiei nu poate avea loc.

5.3.5.5. Principiul imunităţii active

Nu există un act de adaptare omenească care să nu aibă structura și conţinutul comunicării — cuvîntul, „acea forţă care vindecă sau ucide" (P. Cortez).

„Omul rezultă din întîlnirea și influenţa reciprocă dintre predispoziţiile sistemului său nervos (creier) și mediul informativ, educativ — sociogeneza".

Sensul pedagogic al cuvîntului se transpune în sens psihologic făcînd legătura dintre mediul său interior și lumea înconjurătoare.

Substanţa cu care avem de a face în psihologie este informaţia. Nu informaţia statistică, ci una semantică, cu o semnificaţie și finalitate.

Comunicarea și comuniunea cu alţii mijlocesc de la început orientarea, implicaţia în situaţiile concrete.

Ne însușim astfel lumea, devenim solidari și complici, ne adîncim comuniunea cu confidentul nostru. Dacă la început informaţia era doar un emiţător progresiv și insesizabil, mesajul se adoptă organic, se articulează cu eul nostru, se integrează în schema noastră. Lumea pe care educatorul și-o însușește devine o lume a sa, pe care apoi o centrează

asupra unei persoane sau asupra unei situații exterioare, dar din care se poate și retrage.

În fond, conștiința asigură ființei umane condiția de libertate sau de liberatoare din capcana impulsurilor oarbe, din capcanele dragostei ficțiune, înșelătoare, captivantă și aceasta cu cît această conștiință posedă abilități preformate. Din această abilitate preformată decurge caracteristica specific umană de a participa, de a se angaja sau de a renunța; posibilitatea de a spune „da" sau „nu".

Cunoașterea științifică a fenomenului de adaptare-rezistență la factorii stresanți arată că acesta este condiționat de un teren pregătit, antrenat, capabil de a face față cu succes situațiilor critice.

Secretul adaptării în toate manifestările ființei umane nu constă în a fugi de realitate, ci de a răspunde în mod adecvat corectiv și gradat solicitărilor ei.

În momentele de supratensiune este inutil de a se recomanda calmul, analiza lucidă a situației, luarea unei atitudini ferme și corecte.

Însemnătatea unor convingeri induse constă în faptul că ele, ajungînd să se transplanteze și să funcționeze din interiorul gîndirii proprii vor reoglindi scheme cristalizate și automatizate de acțiuni, creează disponibilități pentru o eventuală reorientare.

Particularitatea omului de a fi modelat de influențele exterioare este extrem de nuanțată în diversele sfere ale personalității, întrucît acestea sînt într-o mișcare funcțională continuă între opțiune și excludere.

Cu înțelegerea, tactul și persuasiunea respectivă, părintele, educatorul va putea transforma comportamentul de tip reactiv într-unul de tip reflexiv, critic, deliberativ anticipativ, transformator de suflet, canalizînd iraționalul spre modelări optimizate.

Psihismul trebuie însă învățat din timp să asculte de el însuși, procesele nervoase superioare trebuie instruite să se autocontroleze, intervenția psihicului asupra psihicului trebuie să o cunoaștem și să o cultivăm din timp.

5.3.5.6. **Principiul continuității-repetării**

Educația erotică nu trebuie să fie concepută ca o acțiune de campanie. Ca orice reflex condiționat, odată cîștigat, el

riscă să se stingă dacă nu îl întărim intermitent, dacă nu cu insistențe inoportune cel puțin cu aluzii subtile.

„Ideea fixă" a dragostei (Janet) trebuie tatonată și apoi abordată din mai multe unghiuri, cu mai multe metode, în general insinuante, nestresante pentru psihologia răvășită și pusă pe afront a tînărului îndrăgostit.

Pe lîngă discuția între patru ochi de care s-a mai vorbit, cu cea mai mare pondere, mai ales în perioadele încălzite, critice, există numeroase alte metode și căi care pot concura la stabilirea și amplificarea unor cîștiguri educaționale.

Discuția în grup (în școală) asupra unor probleme de educație afectivă favorizează crearea unei atmosfere pozitive de grup. Schimbul de informații trebuie făcut fără aerul moralizator. Conferințele cu același conținut au darul de a capta auditoriul prin tematică, prin structura conferinței, prin stilul și personalitatea conferențiarului.

Filmul artistic exercită o acțiune emotivă intensă și poate favoriza preluarea unor idealuri călăuzitoare prin aspectele psihologice, pedagogice și morale pe care le ridică.

Este de remarcat că, mai mult în scopul succesului de casă decît cu scop educativ, apar și filme deghizate în haina informației pur biologice, indecente și chiar jignitoare.

Piesele radiofonice, dozate, precaute și bine organizate oferă și ele posibilități valoroase în optimizarea sentimentală cînd stabilesc criterii valorice.

Din păcate, o anumită literatură, în mare măsură maculatură, de calitate dubioasă sau chiar atentatoare la morala publică prin conținutul, tirajul și circulația sa, are o înrîurire deosebit de malefică.

A nu ține seama de anumite scrupule, de implicațiile relațiilor între sexe, cu consecințele respective în viața acestora, a familiei, societății, a trata relațiile între bărbat și femeie cu ușurința cu care se bea „un pahar cu apă" nu este numai riscant ci și condamnabil.

Desigur că nu avem în vedere acest fel de literatură ci pe aceea de mare calitate care strecoară cu talent și discreție tensiuni de mare forță și elevație în sufletul tineretului.

5.3.5.7. **Principiul culturalizării-estetizării**

În procesul autoeducației intervin numeroși factori, autoeducația însemnînd de fapt un exercițiu permanent, o bună igienă personală, folosirea judicioasă a timpului de

muncă și odihnă, un răspuns eficient la diverse solicitări cotidiene, favorizînd însușirea unui comportament adecvat și o creștere a exigențelor și respectului față de propria persoană.

Cu toate acestea, sînt tineri care nu reușesc să refuze oferta unei țigări, care nu îndrăznesc, n-au puterea de caracter, să ceară un pahar de citro sau pepsi atunci cînd colegii lor consumă băuturi spirtoase tari, cu blazoanele cele mai comerciale.

Un aspect neplăcut în relațiile interumane îl prezintă anecdotele (bancurile) pe teme sexuale. În cazul unor deficiențe de educație, aceste glume pot degenera în manifestări verbale cu caracter obscen. În aceste situații deseori se debitează banalități sau fenomene biologice, îngroșîndu-se intenționat ceea ce este mai disgrațios și deformîndu-se lucrurile naturale într-un mod scabros.

Un rol important în comportamentul tinerilor revine politeței, un mijloc de mare valoare în relațiile sociale.

Printre atributele care definesc politețea, se menționează atitudinea demnă, un limbaj îngrijit, o îmbrăcăminte corectă, curată, o comportare reverențioasă, plină de curtoazie. Depinde în mare măsură de fete și femei, felul în care se comportă cu ele bărbații tineri și adulți.

Deseori, o atitudine de bravadă, o purtare licențioasă, ieșită din convenienţele cotidiene, poate determina o dispariție rapidă a acestei distanțe ce înconjură protector pe tînăra fată sau femeie în cadrul relațiilor cu bărbatul.

Politețea cere ca tînărul sau bărbatul adult să menajeze, să ocrotească fata sau femeia, să-i asigure condițiile cele mai frumoase și mai confortabile în toate ocaziile și în cele mai diverse situații.

Omul are capacitatea de a se distanța de propria sa lume organică, de a se privi critic, de a se opune tendințelor și servituților ce emană din aceasta.

Libertatea și responsabilitatea aparțin însă nivelului spiritual, cultural. În acest sens trebuie să valorificăm mai bine condițiile pe care societatea le pune la dispoziție pentru formarea, dezvoltarea și armonizarea personalității umane — în primul rînd a tineretului.

În fond, întreaga educație erotică este derivată și alimentată din matca culturii generale. Dar despre acest aspect s-a mai vorbit în subcapitolele precedente.

Ceea ce ne interesează acum este aportul culturii — educației estetice cu toate mijloacele sale specifice în problemă.

„Natura a făcut pe om ființă rațională și în același timp sensibilă și de aceea este pertinent a nu scinda ceea ce a unit ea, de a nu favoriza triumful uneia asupra sclaviei celeilalte. Rațiunea nu trebuie să facă din sensibilitate un dușman, ci un prieten; dușmanul doborît se poate ridica oricînd, cel împăcat este învins definitiv" (Schiller).

O astfel de ființă va îndeplini cele mai grele sarcini morale, căci rațiunea nu va întîmpina rezistență ci ajutor din partea afectului.

Culturalizarea estetică contribuie la suprimarea conflictului, la armonizarea între emoțiile instinctuale și rațiune.

Facultatea noastră de a aprecia frumosul (un tablou, o partitură muzicală, literatura etc.), cîștigă simțurilor respectul rațiunii și rațiunii înclinația spre simțuri.

Frumosul îmblînzește sălbăticia, înlesnește trecerea de la senzații la idei și dotează imaginile abstracte cu forța afectului, apropiind astfel sentimentul de rațiune. Simțul frumosului va facilita emanciparea din lumea materială spre cea ideală și totodată ancorarea lumii ideale în cea materială.

Cultura estetică dă omului libertatea de a scăpa atît de subversiunea simțurilor cît și de dominația rigidă a corticalității, armonizînd personalitatea, armonizare a cărei geometrie va condiționa la rîndul său valențări cu alte armonii din afară, din cele mai diferite domenii, inclusiv din domeniul erotic.

Estetizarea creierului devine astfel nu numai o sursă de cerințe noi de aceiași valoare ci, în același timp, și o sursă de bucurii, împliniri dintre cele mai complexe, rezultate din satisfacerea acestor cerințe.

Această citadelă neoformată a bucuriilor, satisfacțiilor, împlinirilor reflex condiționate poate oferi oricînd un refugiu sigur de ancorare psihologică în momentele de rătăcire fie ele erotice. Este ceea ce se numește fenomenul de „comutare", de „drenaj".

Devierea sindromului de excitație erotică pe alte canale, punerea în acțiune a altor conexiuni senzoriale, utilizarea altei „dominante" este un fenomen general, bine cunoscut de știință (Pavlov, Selye).

Cînd tensiunea psihică este mare, un act superior sau de mai mare intensitate va drena acțiunea inferioară în profitul său. Cu cît însă o tendință este mai încărcată cu atît este necesar a i se opune o tendință de un nivel și mai ridicat.

Comutarea, deplasarea trebuințelor impulsurilor, motivațiilor instinctuale pe canale mai atractive, permite recompensarea, satisfacția, modalitatea ancestrală de împăcare reechilibrantă a psihicului. Astfel, pe lîngă inducerea unor judecăți de valoare care insuflă tînărului orgoliul de ființă superioară, se contează și pe ideia „derivării", sublimării, impulsurilor erotice, dirijarea lor în alte activități, desexualizarea afectivității prin activități artistice spre exemplu (Freud).

Studii ulterioare de psihofiziologie și de psihoterapie au demonstrat implicația reală și benefică în dinamica cerebrală a artelor plastice, a muzicii etc., precum și a excitațiilor prin acțiuni ca sportul, excursiile, călătoriile etc., comutînd forțele tendințelor primare, cîștigîndu-se măcar timp dacă nu o nouă tendință.

Căci, tinerețea este plină de iluzii dar în același timp și de nerăbdare, nestatornicie. Dacă „marile hotărîri" au putut fi tergiversate, amînate, reorientate, șansa trecerii peste „focul de paie" este cîștigată.

Plasticitatea deosebită a sistemului nervos la această vîrstă face posibilă modificarea ideilor existente în sens favorabil prin compensarea cu alte însușiri antrenate.

Cu toate metodele de educație enunțate pînă acum în materie de erotică, părinții și educatorii nu pot spera totdeauna să schimbe evoluția lucrurilor în sensul exclusiv dorit de ei, mai ales atunci cînd s-a neglijat educația preventivă dar, printr-un comportament elastic, pot avea mulțumirea de a îngrădi și de a stopa chiar unele tendințe periculoase.

Și în materie de dragoste, nimic nu e frumos dacă nu se supune măsurii. Un echilibru dereglat, o limită depășită duc la frustrarea acelei plenitudini sufletești intime ce implică senzația unor trăiri mărețe și esențiale.

Contrariul duce la reproșuri, remușcări și regrete, căci răul nu afectează numai o clipă, ci un destin.

Bibliografie selectivă

Arseni C-tin, Golu M., Dănilă I. — Psihofiziologia, Ed. Academiei R.S.R., București, 1983

Athanasiu A. — Elemente de psihologie medicală, Ed. Medicală, București, 1983

Bădescu C. — Reflecții și maxime, Ed. Științifică și Enciclopedică, București, 1969
Ciofu I., Golu M., Voicu C. — Tratat de psihofiziologie, vol. I, Ed. Academiei R.S.R., București, 1978
Cucu I. — Psihiatrie socială, Ed. Litera, București, 1983
Dănilă L., Golu M. — Chirurgia psihiatrică, Ed. Academiei R.S.R., București, 1988
Deculescu Adriana — Dragostea, Ed. Medicală, București, 1971
Doumier P. — Cartea copiilor mei, Ed. Cultura Românească, București, 1923
Dragomirescu M. — Medicina și arta plastică, Ed. Facla, Timișoara, 1986
Dumitriu R. — De vorbă cu tinerii, Ed. Albatros, București, 1973
Gheorghe M. — Cîntare frumuseții umane, Ed. Albatros, București, 1988
Gorgos C-tin (sub. red.) — Dicționar enciclopedic de psihiatrie, Vol. I, Ed. Medicală, București, 1987
Gorgos C-tin (sub red.) — Dicționar enciclopedic de psihiatrie, vol. II, Ed. Medicală, București, 1988
Grigorescu A. — Receptorul endocrin, Ed. Academiei R.S.R., București, 1983
Ieniștea O. — Dificultăți emoționale la tineri, Ed. Medicală, București, 1983
Ionescu C. — Educația muzicală, Ed. Medicală, București, 1986
Iorga N. — Cugetări, Ed. Tineretului, București
Jinga I. — Educația ca investiție în om, Ed. Științifică și Enciclopedică, București, 1981
Lecours A., Lhermitte F., Bryans B. — Aphasiology, Ed. Boillière, Tindal-Londra, 1983
Lipps T.H. — Estetica, bazele esteticii, Ed. Meridiane, București, 1987
Marin C. — Pagini despre frumusețe, Ed. I. Creangă, București, 1985
Narly C. — Pedagogia lui Kant, Ed. Cultura Românească, București, 1936
Neil-Nathiolf — Le drame de la libération de la femme, Le Courier de Linse, Paris, 1968
Pamfil E.D., Ogodescu D. — Psihologie și informatic, Ed. Științifică și Enciclopedică, București, 1973
Pavelcu V. — Din viața sentimentelor, Ed. Enciclopedică, București, 1969
Rousselt Y. — L'adolescent, cet inconnu, Ed. Flamarion, Paris, 1975
Selye A. — De la vis la descoperire, Ed. Medicală, București, 1969
Spencer H. — Despre educația intelectuală, morală și fizică, Ed. Libr. H. Steinberg, București, 1926
Tudoran D. — Probleme fundamentale de pedagogie, Ed. Didactică și Pedagogică, București, 1982
Zaharia C., Moscovici L., Vacariu D. — Imn femeii, Ed. Eminescu, București, 1984

6. Consultaţia premaritală

„Pe cînd horticultorii şi zootehnicienii au congrese unde discută şi studiază probleme dintre cele mai interesante privind reproducerea vegetalelor şi animalelor, rasa umană se reproduce în continuare la întîmplare"

A. Pinard

Schimbul între generaţii, între cele ce se nasc şi cele care se sting (nupţialitatea, fertilitatea, natalitatea, divorţul, mortalitatea) se face într-un cadru complex de fenomene biologice, economice, psihoafective şi sociale.

În virtutea înţelegerii că „forţa statului stă în numărul membrilor săi", aproape toate societăţile au considerat că o contribuţie de bază faţă de natură şi societate este aceea de a procrea, de a avea copii.

În schimb, selecţia, calitatea biologiei umane, deşi deziderat unanim al tuturor timpurilor, nu a putut beneficia de o direcţionare prospectivă genetică ci doar de sancţionare inumană retroactivă (vechea cetate grecească Sparta îşi ucidea pruncii handicapaţi).

De-abia în timpurile noastre, ca urmare a marilor descoperiri ştiinţifice în domeniul biologiei umane cu filogenia şi ontogenia sa, putem fi în măsură a avea o imagine mai reală şi în acelaşi timp să acţionăm mai eficient în direcţia optimizării rasei umane.

A cunoaşte şi mai ales a „acţiona" într-un complex atît de vast (biologic, economic, ambiental, sociopsihologic) este deocamdată mai mult un deziderat, o speranţă pe care ne-o

promite ingineria genetică, computerizarea, cibernetizarea științelor umaniste.

Și totuși, dată fiind importanța și consecințele reproducerii umane, atît pentru prezent cît și pentru viitor cu probleme deosebit de actuale atît pentru individ cît și pentru societate, se impune o prospectare acțională cu ajutorul cunoștințelor și posibilităților care ne stau încă de pe acum la dispoziție.

Fetele și băieții zilelor noastre se „maturizează" la o vîrstă mai precoce decît generațiile secolelor precedente. Pe de altă parte completa lor egalitate în drepturi, conviețuirea în același mediu de învățătură, timp liber, muncă, fac ca „interdicțiile" sexuale să ducă uneori la denodulări psihice.

În aceste circumstanțe însă tinerilor trebuie să li se arate și să fie convinși că rezolvarea cea mai fericită a problemei sexuale o constituie căsătoria, singura care oferă posibilitatea de trăire deplină și complexă a vieții.

După cum s-a mai arătat, căsătoria, pentru a oferi această posibilitate deplină și complexă, trebuie să satisfacă în același timp necesitățile sexuale și pe cele general umane — afective, intelectuale, sociale, dar mai cu seamă trebuie să pornească de la condiția fundamentală — sănătatea psihofizică a partenerilor care, la rîndul lor, să asigure sănătatea descendenților.

În nici un alt domeniu al vieții umane nu se greșește cu atîta nesocotință, atît de des și cu consecințe atît de profunde, ca în cel al alegerii partenerului de viață, al căsătoriei.

Numai după o perioadă de cunoaștere reciprocă tinerii își pot da seama dacă relațiile lor se întemeiază pe o concordanță și consonanță multiplă și nu pe o premiză superficială care va duce la deziluzii, amărăciuni sau alte consecințe. În acest sens, tradiția logodnei ca „școală a căsătoriei" rămîne încă pe deplin actuală căci, înainte de căsătorie, tinerii au timp și circumstanțe propice să se cunoască mai bine, să se adapteze, să-și formeze preocupări comune și să se pregătească pentru viitoarea lor viață comună. Căsătoria nu este o joacă, o experiență, ci un imperativ biologic de perpetuare a existenței umane și unul social pentru înmulțirea populației, a progresului social-istoric. Ca obligație vitală, căsătoria este o instituție încărcată de valori, dar și cu responsabilități.

Tinerii deci trebuie să reflecteze bine înainte de a se căsători, asupra complicatei probleme a vieții în doi, aceasta

trebuind a fi privită nu numai sub aspectele momentane atractive și plăcute, ci mai ales prospectiv.

A ignora scopul pentru care natura a dotat pe om cu un aparat de reproducere, a ignora de cine îți legi viața și cine va deveni mama sau tatăl copiilor tăi, a ignora cum se va forma și dezvolta intrauterin și după naștere copilul tău și în același timp al societății, toate acestea pot deveni grave imputări morale și materiale ale omului de astăzi.

Pornind de la un concept riguros, procesul reproducerii umane este unul din cele mai fascinante procese biosociologice, dar și mai pline de responsabilitate în același timp.

Cabinetul de consultație premaritală

Sub aspecte variate, în toate țările civilizate a luat ființă această instituție medicală, cu scopul profund profilactic, de a proteja pe viitorii soți și mai ales pe viitoarele lor progenituri, urmărindu-se ameliorarea calității speciei umane.

Din punct de vedere juridic, consultația prenupțială constituie una din condițiile de fond a oficializării căsătoriei.

Consultația prenupțială se face de către un medic de medicină generală cu experiență și orizont larg în profesiune și de viață. Examenul medical complet și competent va permite cunoașterea și evaluarea potențialului funcțional biologic (aparate, sisteme, organe) a condițiilor favorizante de îmbolnăvire, precum și încărcarea ereditară.

În funcție de necesitățile pe care le inspiră examenul clinic (subiectiv și obiectiv) se vor solicita și examene complementare de specialitate: neuropsihiatrie, endocrinologie, ginecologie, genetică, juridică, psihologie, sociologie.

În caz de depistare a unei afecțiuni care necesită un tratament, cuplul va fi sfătuit să amîne căsătoria pînă la deplina vindecare a bolii respective (tuberculoză, boli venerice etc.).

În situația unei afecțiuni severe, invalidante sau cu potențialități de transmitere genetică, se arată cuplului, cu mult tact, posibilele urmări ale afecțiunii, lăsînd la latitudinea acestuia să hotărască în consecință.

Consultația prenupțială își propune deci o îmbunătățire a natalității, o reducere a morbidității materno-fetale, o optimizare a dezvoltării biologice, aceasta printr-o informare asupra cadrului psiho-afectiv, de igienă generală, genitală și sexuală în care are loc reproducerea, asupra unor eventuale accidente genetice.

Date privind cadrul psiho-afectiv

S-a arătat că liantul principal, garanţia trăiniciei şi rodniciei unei familii este dragostea pecetluită de cunoaştere, potrivire biologică şi în idealuri, concepţii, raţiune.

Tinerii uşuratici care „s-au cunoscut azi şi s-au căsătorit ieri" riscă în cel mai bun caz să îngroaşe rîndurile celor ironizaţi de H. Taine: „Tineri căsătoriţi ce se studiază trei săptămîni, se iubesc trei luni, se ceartă trei ani şi se tolerează treizeci de ani".

Anii dintîi ai tinereţii sînt în general dominaţi de o instabilitate afectivă, amestec de imaginaţie şi dorinţă, fără a putea vorbi totdeauna de adevărata dragoste în cadrul unei maturizări afective.

Le Mool, sexolog francez, arată că experienţele sexuale precoce, într-un cadru de imaturitate lasă o imagine devalorizată a relaţiilor între sexe.

Practica anticoncepţionalelor, fuga de sarcină (de necunoscut, accidente), egocentrismul (teama de a pierde exclusivitatea dragostei partenerului), regretul pierderii independenţei personale şi a deteriorării fizice, angoasa responsabilităţii faţă de creşterea şi educarea copiilor, indisponibilităţile emoţional-intelectuale, indisponibilităţile în ceea ce priveşte satisfacţia cooperării şi îmbogăţirii orizontului vieţii comune, toate acestea sînt carenţe psihoafective care umbresc reuşita unei căsnicii.

Este de la sine înţeles că psihopatiile patente sînt incompatibile cu căsătoria — aceasta fiind interzisă de lege (Codul familiei art. 9).

În contextul celor de mai sus, se va aprecia experienţa sexuală înainte şi în afara căsătoriei actuale, viaţa sexuală comună înaintea căsătoriei, atitudinea faţă de o eventuală sarcină, numărul de copii doriţi etc.

Date privind cadrul social

Din zicala că dragostea „trece prin stomac" trebuie să luăm sensul unei împliniri sociale a cuplului marital, garanţia unei căsnicii pe cît posibil fără privaţiuni, cu asigurarea confortului adecvat necesităţilor înmulţirii şi igienei familiale. În acest sens se va aprecia şcolaritatea, profesiunea, stagiul militar, locul de muncă, condiţiile de viaţă (navetism, detaşări, locuinţă, venitul material etc.).

Date privind cadrul potenţialităţilor biologice ale cuplului

Articolul 446 din Codul penal incriminează căsătoria (şi concubinajul) fetelor sub 15 ani şi a băieţilor sub 18 ani,

căsătoriile înaintea maturizării fizice și psihice constituind un „delict de degenerare a rasei".

Dar chiar după majorat pot fi depistate dismorfisme în dezvoltarea sferei genitale cu o sexualizare insuficientă: infantilism genital, ectopie testiculară, malformații uterine de care cuplul trebuie să ia cunoștință.

La fel de tarante sînt și afecțiunile genitale inflamatorii, metroanexitele, prostatitele, tuberculoza urogenitală.

De altfel bolile venerice ca sifilisul, tuberculoza activă, sînt în general motive ce interzic eliberarea certificatului prenupțial pînă la vindecarea lor (Codul familiei art. 8, 10).

Amintim de asemenea o serie de date clinice, paraclinice și de laborator, care nu pun interdicții căsătoriei, dar pe care cei doi parteneri trebuie să le cunoască în lumina unor prejudicii potențiale aduse fondului biologic al viitoarei familii:

În ceea ce privește antecedentele personale, de un interes deosebit este grupa sanguină cu Rh-ul negativ, vîrsta înaintată mai pretabilă la procreeri malformative.

Între antecedentele personale patologice pot fi uneori tarante: parotidita epidemică cu complicațiile testiculare, hepatitele virotice, infecțiile de focar, bolile cardiovasculare, reumatismul, afecțiunile pielorenale inflamatorii cu pusee repetate, hipertensiunea arterială etc.

Condițiile de muncă cu mediu iradiant (Rx), hipoxia, carențele alimentare, alcoolismul, tabagismul, excesul de tranchilizante, toate acestea au implicații deosebite asupra potențialului de procreare, precum și asupra dezvoltării, calității progeniturii.

Nu vom încheia acest capitol fără aprecieri asupra structurii morfologice a indivizilor, fără a aminti necesitatea unor măsurători antropometrice, mai ales ale bazinului femeii candidată la căsătorie.

Date privind cadrul potențialităților patologiei transmisibile

O scurtă trecere în revistă a arborelui genealogic pînă la al 4-lea grad de rudenie (grad pînă la care este interzisă căsătoria prin lege), ne poate informa asupra așa-ziselor „boli genetice", „boli transmisibile familial".

Factorii genetici prin implicațiile lor negative defavorizează fundamental viitorul familiei, al descendenților, al societății.

Deși conceptul eredității este recunoscut din timpuri foarte vechi și acceptat ca o realitate biologică, legile după care se face transmiterea zestrei genetice au fost sesizate și demonstrate abia în 1865 de Johann Mendel (1828—1884).

Dar legile mendeleene au căpătat o importanță practică clinică după aproape un secol (1946).

În ultimele două decenii s-a pășit din domeniul posibilităților în cel de „monitorizare" genetică.

Reproducerea umană cu toate avansurile teoretice și îmbunătățirile practice implică încă un procent însemnat de risc fetal și matern.

Dacă în 1900 riscul matern (decesul) era de 5% și cel fetal de 20%, în 1970 cel matern este de 0,85%, iar cel fetal de 5—3%. Cu toate aceste procentaje ameliorate, riscul de mortinatalitate, imaturitate, mortalitate infantilă, subiecți tarați fizic sau cu dificultăți de adaptare psihosocială rămîne încă apreciabil.

Medicii sînt adesea solicitați de a da sfaturi cu privire la bolile ereditare, cuplurile cerînd răspunsuri precise. Dar datele teoretice de pînă acum, conținutul acestor consultații nu pot atinge încă eficiența celor din afecțiunile medicale și chirurgicale.

Cunoștințele actuale sînt încă deficitare în privința transmiterii unora dintre așa-numitele afecțiuni multifactoriale ca schizofrenia, epilepsia, anencefalia, hidrocefalia etc.

Diagnosticarea unor boli ereditare, genetice, rămîne o problemă foarte importantă, chiar și numai din cele arătate mai jos:

— se admite că 30% din ovulele fecundate, cu incompatibilități, defecte genetice, se elimină sub formă de avort neevidențiabil;

— se admite că frecvența avorturilor spontane înregistrate, de aceeași cauză, este de 20%;

— se admite o mortalitate de 2% și o mortalitate infantilă precoce de 3% a acestor tarați;

— 10% dintre nou-născuți suferă de imaturitate;

— 2—5% dintre născuții vii prezintă la naștere sau în scurt timp după aceasta o evidență patologică genetică;

— se reține faptul că 5% din aceste defecte genetice apar tîrziu, cu vîrsta.

Astfel, nu poate să nu ne sensibilizeze faptul că, pe glob, se nasc anual aproximativ 180 000 copii cu sindrom Down (mongolism), 150 000 femei cu constituție triplă X; că din

100 copii care se nasc și rămîn în viață 0,5% sînt epileptici, 2% au o ereditate disgenică, 4% sînt inapți mintal — schizofrenici, 8% prezintă dificultăți de adaptare psiho-socială.

În fața acestor procentaje terifiante tot știința a arătat că nu toate defectele, afecțiunile, bolile la naștere sînt de natură ereditară, familiară.

Actualmente există o mai bună clasificare care ne îndreptățește la un grad mai mare de optimism, în sensul că rezolvarea favorabilă a unor probleme ține de știință și posibilitățile noastre actuale de influențare.

Se știe că fiecare cromozom conține un ansamblu linear de cîteva duzine de milioane de „gene", combinate și aranjate după un „genotip" particular fiecărui individ.

Studiul fizico-chimic al genelor arată că acestea sînt molecule gigante în care elementul dominant și important este acidul dezoxiribonucleic (ADN).

Genele sînt aranjate în perechi similare — „homozigote", sau în perechi diferite — „heterozigote".

În cazul perechilor diferite (heterozigote) o genă devine „dominantă" determinînd prin ea caractere specifice în dezvoltarea individuală, iar cealaltă genă „recesivă" rămîne neexprimată în această dezvoltare.

Patrimoniul genetic dirijează organogeneza din momentul concepției (combinarea aparatului cromozomial al ovulului cu cel al spermatozoidului), determinînd constituția viitorului individ.

Genetica medicală studiază elementele patologice ale patrimoniului genetic — bolile genotipului, ale originii, transmiterii acestora.

Numărul bolilor și sindroamelor ereditare individualizate pînă acum este foarte mare. Astfel, se cunosc:

— 817 boli ereditare autozomale dominante
— 531 boli ereditare autozomale recesive
— 119 boli ereditare gonozomice recesive.

În timpul diviziunii celulare orice element celular este susceptibil la „mutații" (defecte), dar numai mutațiile în formula cromozomilor (cariotip) și în formula genelor (genotip) sînt transmisibile ereditar.

O mutație genetică se petrece obligator la nivel molecular și în primul rînd la nivelul ADN-ului. Acesta este o moleculă gigantă dar vulnerabilă prin rigurozitatea aranjamentului elementelor sale biochimice — „codul genetic".

Cea mai mică modificare (mutație) în arhitectura sa este susceptibilă să antreneze modificări cu caracter transmisibil constituțional ce se poate concretiza într-un „faliment genetic“ (sterilitate, avort spontan), insuficiență genetică (prenatalitate, mortalitate infantilă precoce) sau insucces genetic (malformații).

După cum s-a putut deduce, bolile genetice survin prin:

I. Aberații cromozomiale (mutații majore) — 20%

II. Combinarea unor factori genetici cu cei de peristază (factori de mediu)

III. Implicație majoră a factorilor de mediu.

6.1. HEREDOPATII DISPLAZIANTE PRIN ANOMALIILE CARIOTIPULUI CROMOZOMIAL

6.1.1. Anomalii ale autozomilor

Erorile de număr în duplicarea cromozomilor somatici pot supradota celulele fiice cu un cromozom suplimentar (trisomia cromozomului 21—XXX). În această situație poate apare boala numită mongolism (sindromul Down), cu marcate tulburări neuro-psihice.

Aceasta se manifestă clinic prin mortalitate precoce, predispoziție la infecții, malformații cardiace.

În apariția acestui sindrom de mare importanță este vîrsta mamei la momentul concepției; pînă la 30 ani riscul bolii fiind de 1 la 2 000, peste 35 ani de 1 la 1 000, peste 45 ani de 1 la 50 nașteri.

Pretabilitatea repetării bolii la următoarele sarcini este de 0,2%.

6.1.2. Anomalii ale gonozomilor

— *Sindromul Turner:* este o anomalie numerică (în minus) a cromozomilor gonozomici (X) și de aceea creează o patologie intersexuată. Clinic se manifestă prin hipotrofie staturală, sindrom polimalformativ, agenezie ovariană cu carență severă sexoidă, cariotip 45 X O. Frecvența sa este de 1 la 2 500 nașteri.

— *Sindromul de suprafemelă:* este o anomalie numerică (în plus) a cromozomilor gonozomici (XXX). Clinic se manifestă prin întîrziere mintală, idioție.

— *Sindromul Klinefelter:* este rezultatul unei anomalii de număr (în plus) cromozomial. La formula gonozomială de tip masculin (XY) supraadăugîndu-se un X (XXY), ceea ce va duce la o patologie de intersexualitate.

Clinic, boala se manifestă prin: disgenezie testiculară, habitus genital de tip masculin nedezvoltat și cu alură generală feminină, ginecomastie. Boala are o frecvență de 1 la 400 nașteri.

6.2. ANOMALII DISPLAZIANTE DE CAUZĂ COMPLEXĂ GENETICO-ONTOGENETICĂ (multifactorial-variabile)

În general, o anomalie-malformație embrio-fetală presupune că pe de-o parte genitorii (părinții) pot avea o implicație pasivă (ei transmițînd pe mai departe un defect genetic de la generațiile anterioare), iar pe de altă parte o implicație activă (genitorul fiind cap de lanț în tulburarea genetică).

Recunoașterea și diferențierea între aceste două aspecte este foarte dificilă deoarece pe de o parte există posibilitatea salturilor peste generații a heredopatiilor, iar pe de altă parte posibilitatea mutațiilor de cauză ontogenetică (adică determinate de evenimentele trăite de genitor în mediul său exterior sau intern etc.).

Practic, se poate vorbi de embrio-fetopatii de cauză complexă, în care tara genetică pare a fi condiția predispozantă, iar injuria din mediu condiția favorizant-declanșatoare a mutației. Cu o precizare: mutația genetică trebuie să se producă în faza embrionară (pînă în luna a IV-a), faza de organo-formație.

Aceste anomalii-malformații au frecvență de 1—5% din nașteri și se manifestă cu leziuni unice sau multiple. În ordinea frecvenței lor, semnalăm următoarele:

— malformații ale membrelor și scheletului	20,5%
— malformații ale inimii	16,8%
— malformații urogenitale	16,6%
— malformații multiple	15,9%
— malformații ale sistemului nervos	9,1%
— malformații ale feței	8,0%

— malformații cromozomiale 7,5%
— malformații ale aparatului digestiv 4,7%

Printre factorii externi recunoscuți cu potențialități teratogene se consideră următorii:

Factori fizici

— Razele ionizante (inclusiv radioizotopii I^{131}, P^{32}). Acestea cu impact din mediul profesional (spital etc.) sau accidental (explozii nucleare etc.).

Razele ionizante, în funcție de duritatea lor și mai ales de cîmpul lor de acțiune pe corpul uman (îndeosebi sfera gonado-genitală), pot determina avorturi spontane, mortinatalitate, grave anomalii ale sistemului nervos embriofetal — 25%. Tocmai de aceea se impune contraindicația, limitarea și codificarea examinărilor radiologice, a locurilor de muncă contaminate etc., mai ales pentru femeile cu potențialități gestative.

— Anoxia: intoxicația acută cu oxid de carbon și, mai rar, unele anemii grave pot determina diverse encefalopatii ale produsului de concepție.

Factori nutriționali

— Diabetul: se poate transmite ca boală metabolică sub altă formă: ca sterilitate, mortinatalitate perinatală, malformații.

Factori infecțioși

— Rubeola: este una din bolile infecțioase cu mare risc teratogen (61% în prima lună, 8% pînă în luna a III-a de gestație). Poate determina următoarele anomalii-malformații: leziuni oculare, cataractă, persistența canalului arterial, comunicare intraauriculară, purpură trombopenică, anemii hemolitice, hepatosplenomegalii.

— Poliomielita: provoacă avorturi, prematuritate, mortinatalitate, poliomielită congenitală cu malformații.

— Hepatita virotică, oreionul, rujeola: provoacă avorturi, malformații în 14%, 16%, 8%.

— Varicela, gripa epidemică, toxoplasmoza, Coxsackie, pot provoca avorturi, mortinatalitate, prenatalitate.

Factori toxici

— Alcoolul: poate determina hipotrofii, microcefalie, gură de lup, artropatii, cardiopatii.

Factori mecanici

Malformațiile uterine, tumorile, sechelele simfizante după chiuretaje-infecții, tot ce poate afecta spațiul intrauterin în detrimentul dezvoltării embrionului cu anexele sale, pot duce la diverse defecte embriofetale.

6.3. ANOMALII DISPLAZIANTE DE CAUZĂ TOXICĂ EXOGENĂ

O parte dintre acestea au fost amintite și în subcapitolul precedent, deoarece se presupune că atunci cînd acționează pînă în luna a IV-a de gestație, au o implicație mai profundă, eventual chiar pînă la nivelul genelor. Cînd factorii respectivi acționează după luna a IV-a implicația genetică este foarte puțin probabilă.

Este vorba de o serie de substanțe bine cunoscute, cu farmacodinamie de asemenea cunoscută, la discreția marelui public și cu potențialități malformative bine precizate.

Se poate vorbi deci de o medicație teratogenă, de o patologie iatrogenă.

Se cunosc aproximativ 100 de asemenea droguri, printre care mai importante sînt următoarele:

— Mercurul — anomalii oculare și ale dinților

— Litiul — malformații — 9%

— Citostaticele — sterilitate, avorturi, malformații ale sistemului nervos și membre

— Hormoni androgeni — masculinizarea fetițelor

— Estroprogesteronii (anticoncepționale) — anomalii ale sistemului nervos, hipospadias, malformații cardiovasculare și renale

— Antitiroidiene — gură de lup, gușă congenitală

— Vitamina A (în doze mari) — modificări aortice

— Chinina (în doze mari — abortive) — malformații nervoase, digestive și ale scheletului

— Strepto-tetraciclinele — modificări ale scheletului

— Salicilatul de Na — tulburări de osteogeneză

— Thalidomida — tulburări în sinteza colagenului cu grave afectări ale membrelor, scheletului

— Anticonvulsivantele — gură de lup, afecțiuni cardiace, microcefalie, dismorfie facială

— Meprobamat, Diazepam — malformații ale urechii, inimii, articulațiilor

— Anticoagulante (neheparinice) — hemoragii feto-placentare.

Prognosticul orientativ în maladiile congenitale ereditare

Este problema cea mai dificilă și mai plină de responsabilitate, deoarece mai există multe necunoscute, factorii teratogeni de certitudine sînt relativ puțini, există încă lacune în apecierea frecvenței și a mecanismului lor de acțiune.

Cititorul ar fi putut aprecia mai pe deplin aceste aserțiuni dacă ne-am fi permis, ceea ce nu este cazul, să etalăm sofisticatele probleme ale geneticii științifice care se remaniază aproape zilnic prin noile descoperiri.

Ceea ce ne-am permis a fost doar o sensibilizare a marelui public întru solicitarea și colaborarea cu cabinetul de consultație premaritală căci, principala noastră preocupare în această expunere este cea preventivă — de igienizare a reproducției.

Această prevenție desigur trebuie făcută de oameni competenți cu o largă informare în științele biologice, sociale etc. S-ar putea cere ca fiecare medic să știe genetică, dar acest deziderat este practic nerealizabil. Este suficient să consultăm sumarele revistelor de specialitate metodele de abordare tot mai sofisticate, este suficient să ținem seama de agresivitatea crescîndă a mediului (iradiații, poluanți, medicamente neraționalizate, aditive alimentare, pesticide, insecticide etc.) care asaltează ființa umană pînă în intimitatea genomului.

Tocmai de aceea, pentru unele probleme, cum ar fi consultațiile părinților care au avut deja neșansa unei progenituri anormale, nu pot fi competente decît centrele cu înaltă calificare și dotare pentru studiul constelației cromozomiale — „idiograma cromozomică".

În calculul prognosticului unei maladii congenitale trebuie să se țină seama de: apariția-frecvența acesteia pe arborele genealogic; legile mendeleene de transmitere; consanguinitatea cuplului; vîrsta acestora (vîrstele mai înaintate ale părinților generează mai frecvent produși malformativi); dacă este vorba de o implicație a autozomilor sau gonozomilor; a genelor dominante sau recesive; dacă defectele genetice sînt la unul sau ambii părinți; gradul de penetranță a genelor patologice etc.

Problemele genetice deci trebuie apreciate cu mult spirit critic, rațional, cunoscînd că nu există încă metode in-

failibile de studiu, nici chiar la nivelul gemenilor şi a cosanguinilor.

Oricum, nu trebuie să sugerăm cuplului deja format perspectivele cele mai sumbre şi fatale căci, bolile genetice nu sînt o fatalitate implacabilă, fără speranţă, riscul acestora fiind totdeauna inferior celui de care se tem genitorii.

Ne putem exprima, în unele cazuri, chiar cu oarecare optimism, mai ales în legătură cu avansurile terapeutice în domeniul unor asemenea boli.

Cuplul trebuie pus în cunoştinţă de cauză, sensibilizat asupra riscului, rămînînd la aprecierea acestuia dacă mai este oportună căsătoria, de a avea copii, numărul lor.

Sîntem într-o măsură mai mare să prognosticăm în familiile în care a apărut deja un copil cu tare, malformaţii, situaţie în care şi părinţii solicită cu mai multă insistenţă consultaţia genetică.

Iată cîteva date orientative:

— Afecţiuni-anomalii-malformaţii *relativ frecvente:*

- Hipertensiunea arterială, obezitatea, diabetul, alergia
- Retardare mintală, epilepsie, hidrocefalie, anencefalie
- Schizofrenie, psihoză maniaco-depresivă
- Comunicare interarterială, interatrială, malformaţii multiple cardiovasculare
- Sindrom Klinefelter, sindrom Down
- Stenoză pilorică, boala fibrochistică a pancreasului
- Luxaţia congenitală a şoldului, nanismul
- Albinism, ihtioză, *Keroderma pigmentosum*

— Afecţiuni-anomalii-malformaţii *relativ rare:*

- Anemie sferocitară, anemie falciformă, hemofilie
- Fenilcetonurie, galactozurie
- Distrofie musculară progresivă, hiperplazia suprarenalelor, retinoblastomul, sindromul Turner.

— Riscul de transmitere la copii a unor eredopatii parentale:

- Hipertensiunea arterială: 75% (dacă ambii părinţi sînt hipertensivi)
  50% (dacă un singur părinte este hipertensiv)
- Diabetul: 73% (dacă tatăl este diabetic)
  27% (dacă mama este diabetică)

- Polipoza intestinală: 50%
- Buza de iepure Gura de lup 25—50%
- Albinismul: 25—50%
- Scleroza fibrochistică de pancreas: 25%
- Anomalii ale sistemului nervos 20%
- Mongolismul 1,1%

— Riscul repetării la următorii copii într-o familie în care primul copil prezintă deja o boală congenitală:

- Malformații ale sistemului nervos: 1 la 3 nașteri
- Scleroza fibrochistică a pancreasului: 1 la 4 nașteri
- Diabetul: riscul crește la fiecare născut.

În majoritatea anomaliilor congenitale obișnuite, riscul se dublează la următorii copii (12%).

Ca urmare a celor de mai sus, certificatul prenupțial trebuie să devină „sfatul preventiv". Serviciul de sfat familiar va acorda asistența medico-socială nu numai tinerilor pregătiți în a contracta o căsătorie, ci și familiilor deja constituite în vederea supravegherii, corectării și consolidării acestora prin asanarea unor stări de tensiune, streș, cauze ale atîtor disgravidii, avorturi spontane, mortinatalitate, asigurîndu-se astfel un comportament și o planificare pozitivă familiară.

*

Desigur că această expunere sumară, adaptată unui cît mai mare număr de cititori, are rolul numai de a atrage atenția, de a sensibiliza publicul asupra unei probleme deosebit de serioase.

Randamentul practic va depinde însă de cunoștințele științifice în dezvoltare, de competența serviciului de consultație prenatală și, bineînțeles, de informarea publicului.

Bibliografie selectivă

Geormăneanu M. — Patologia indusă prenatal, Ed. Medicală, București, 1978.

Mincu Mioara — Sfatul premarital, Ed. Medicală, București, 1985

Vinți I., Pascu C. — Conținutul profilactic al consultației prenupțiale, Ed. Medicală, București, 1984

7. Căsătoria

„Legătura între doi oameni își are trei izvoare: mintea, inima și trupul"

(proverb indian)

„Căsătoria este actul cel mai de seamă din viața oamenilor. Înainte de a-l săvîrși trebuie să te gîndești serios. Într-o căsătorie totul trebuie să fie de acord: gusturile, ideile, principiile"

Plutarch

„Căsătoria este o știință"

Honoré de Balzac

Căsătoria este o convenție consfințită printr-un act de stare civilă, încheiată între un bărbat și o femeie, care se hotărăsc de bună voie să trăiască împreună întemeind o familie.

Această definiție nu epuizează nici pe departe aspectele infinit de complexe ale acestei vechi și încercate instituții ce implică, prin particularitățile de dinamică personală, tot atîtea diversități ca și natura umană, supuse însă unor presiuni și modulări sociale, după etapa istorică, obiceiuri, moravuri etc.

În lumina acestor circumstanțe, căsătoria a putut fi liberă sau impusă, tradițională sau modernă, dar ea a rămas celula de bază în existența antropo-sociologică.

La majoritatea popoarelor ea este monogamă, în funcție de distribuția sexelor, de tradiții culturale și religioase. Se vorbește de o endogamie geografică, regională sau etnică,

mai închisă sau mai deschisă, după mobilitatea socială, socioculturală, aspecte care condiţionează pregnant rata şi tipul nupţialităţii.

Studiile de pînă acum, puţine şi neconcludente, consideră că pentru multe dintre cuplurile anchetate, obiectivul principal al căsătoriei este gratificaţia sexuală. Dar relaţia dintre bărbat-femeie nu trebuie redusă la sexualitatea genitală. Aspectul biologic al relaţiei maritale cu finalitatea sa procreativă trebuie privită sub semnul intricării indisolubile cu spiritualitatea, dimensiune superioară specific umană.

Căsătoria implică o comuniune fizică şi spirituală, stabilizează relaţiile sexuale pe baza afinităţii şi complementarităţii psihologice. Ea asigură procrearea şi socializarea într-un cadru familiar şi cultural specific. Şi nu fără importanţă pentru cei de vîrstă înaintată, cînd căminul este părăsit de copii şi viaţa lor este confruntată cu dificultăţile psihologice şi existenţiale inerente senectuţii, căsătoria rămîne totuşi un cadru de întrajutorare şi protecţie faţă de aceste vicisitudini.

Se poate astfel recunoaşte că instituţia căsătoriei are multiple dimensiuni: biologice, spirituale, morale, sociale, juridice, patrimoniale, demografice etc., la baza cărora stă liantul psihologic care este dragostea, o noţiune generică, subtilă şi complexă, care nu numai că generează cît mai ales rezultă din afecte, sentimente, valori umane ca: ataşamentul, dăruirea, toleranţa, generozitatea, prietenia, înţelepciunea, încrederea, stima reciprocă, interstimularea, sinceritatea, devoţiunea, fidelitatea, solidaritatea, abnegaţia, la două persoane diferite dar care cultivă aceleaşi modele de relaţii.

Aceste relaţii se află continuu într-o interacţiune dinamică, constituind un sistem într-o continuă echilibrare cu alte sisteme (familie, profesiune, societate etc.).

Se descifrează astăzi de către sociologi o căsătorie „romantică" şi una „utilitară" din societatea industrială modernă, bazată mai mult pe considerente materiale.

În societatea noastră funcţionează modelul căsătoriei „deschise" în care relaţia maritală presupune o afecţiune sinceră şi o grijă reciprocă, respect şi responsabilitate pentru prosperitatea cuplului.

Este drept că unele personalităţi sînt mai dotate cu calităţi deosebite în maximalizarea şi translaţia trăirilor afective în cadrul căsătoriei, după cum alţii trăiesc prietenia,

obișnuința, interesele și cei mai mulți preocupările pentru creșterea și educarea copiilor.

Diverse statistici conchid că 70—80% dintre indivizi se căsătoresc din dragoste, 15—20% din conformism și 3—5% pe baza altor criterii.

În legislația noastră civilă căsătoria este juridic valabilă și recunoscută ca atare dacă respectă următoarele condiții:

— Condiții de fond — sînt condițiile menite să garanteze existența aptitudinilor fizico-biologice și psihice ale viitorilor soți (sexe diferențiate, vîrstă matrimonială, stare de sănătate cu cunoașterea reciprocă a acesteia, deplinătatea facultăților mintale).

— Condiții garante pentru existența voinței comune de a se căsători, consimțămîntul, caracterul liber și de actualitate a acestuia.

— Condiții negative cu piedici legale, referitoare la încălcarea legilor morale și poligamia.

— Condiții de formă — dreptul civil respinge — căsătoria „fictivă" sau „simulată", încheiată în alt scop decît cel al creerii unor raporturi personale și patrimoniale specifice de familie, a cărei valabilitate poate fi confirmată numai de stabilirea unor relații conjugale normale.

— Căsătoria „putativă", la încheierea căreia cel puțin unul dintre soți a fost de bună credință, necunoscînd de exemplu faptul că celălalt este deja căsătorit sau suferă de alienație mintală cronică sau de impotență sexuală organică.

— Lipsa aptitudinilor fizice necesare întemeierii unei căsnicii. Astfel vîrsta matrimonială este socotită la 18 ani pentru fete (ea poate fi de 16 ani, cu avizul Comitetului executiv județean, sau de 15 ani, cu avizul medical).

7.1. PREMIZELE CĂSĂTORIEI „REUȘITE"

Căsătoria este scadența normală a împlinirilor biologice, psihologice prin care indivizii se inseră activ în societate.

Maturizarea somato-psiho-socială a fetelor este conturată la vîrsta de 18—20 ani, iar a băieților la vîrsta de 21—25 ani; caracteristicile vieții moderne din epoca în care trăim impune luarea în considerare a unui grad mai mare al pregătirii, instruirii profesionale, condiție de inserție mai sigură, mai eficientă, superioară, a activității profesionale,

culturale, sociale, obștești, ceea ce impune o oarecare amînare a căsătoriei dincolo de bornele disponibilităților biologice.

În consecință este indicat ca decizia pentru căsătorie să se facă ținînd seama de ansamblul acestor deziderate; cînd în această „casă" se vor putea rezolva într-un mod optim aspectele afective, sexuale și socio-culturale.

Căsătoria va fi reușită și frumoasă în plină tinerețe împlinită, cînd fiecare dintre parteneri pornește pe drumul vieții cu atributele cele mai promițătoare ale fericirii ca neîntinarea spiritului și sentimentelor; prospețimea și curățenia trupului. Încrezători în iubirea castă și mîndră pe care și-o mărturisesc unul altuia cu toată plenitudinea și efervescența vîrstei, iubire înălțată și sfințită prin angajamentele ce și le asumă reciproc de a învinge toate vicisitudinile vieții.

În acest început tinerii trăiesc un sentiment de fericire sudat de încrederea reciprocă nemăsurată, conștiința de a nu fi singuri și a sentimentului prieteniei, tovărășiei în cadrul căminului pe care doresc să-l întemeieze.

Este recomandabil însă ca în perioada care precede căsătoria, în așa-zisa perioadă a „logodnei", partenerii să caute a se cunoaște cît mai bine în mod reciproc, o cunoaștere cît mai fidelă și lucidă a caracterului, personalității partenerului.

Trebuie arătat că la o analiză minuțioasă și obiectivă nici un băiat și nici o fată nu posedă numai calități. Se vor diferenția lucid atît trăsăturile pozitive cît și cele negative; se va aproxima ponderea și esențialitatea lor în cadrul unui bilanț curajos. Desigur că este bine ca maturitatea, experiența și judecata mai rece a familiei să intervină cu discreție și obiectivitate.

Tinerilor li se vor sugera anumite distracții, plimbări comune, în care nu numai că-și pot adresa unul altuia dorințele, preferințele, atitudinile etc., ci în același timp, ei au un bun prilej de armonizare a punctelor de vedere în perspectiva comuniunii maritale.

În caz că aceste tatonări scot la iveală profunde deosebiri în ceea ce privește concepția despre viață, despre căsătorie, aspecte camuflate cu grijă în primele manifestări de „dragoste", cu luciditatea, franchețea și buna cuviință adecvată, tinerii vor recunoaște că nu sînt potriviți pentru întemeierea unei căsnicii care să reziste tuturor încercărilor,

ei putînd rămîne pe mai departe buni amici, colegi de muncă etc.

Conștienți fiind că fenomenele psiho-mintale umane nu pot fi reduse la scheme, șabloane fără riscul unei simplificări mutilante și artificializante și, în același timp, fără a etala cele 150 de condiții care ar asigura trăinicia căsniciei, așa cum au fost formulate de Kirk Patrick (1947) în „Ce știe știința despre fericirea în căsnicie", vom căuta totuși de a pune în lumină unele elemente care acționează ca linii de forță în sfera interrelațiilor cuplului marital:

— formularea în cîmpul conștiinței a unei imagini de sine, a unei „identități" care să recunoască limitele și calitățile personale în raport cu partenerul;

— perceperea corectă a realității, fără deformare datorită nevoilor și dorințelor personale, incluzînd aceeași înțelegere pentru partener;

— adaptabilitatea în relațiile interpersonale de orice natură și la exigențele situațiilor neprevăzute care s-ar putea ivi;

— integrare, echilibrare, o concepție unitară și adecvată despre viață și valorile acesteia;

— autonomie, independență relativă, capacitatea de a putea acționa fără constringere în fructificarea tuturor potențialităților personale, a realizării de sine;

— o armonizare sexuală cît mai perfectă cu finalizarea naturală a acesteia — nașterea unor copii sănătoși.

Nu trebuie neglijat faptul că, începînd cu așa-zisa „luna de miere" alături de cele mai înălțătoare manifestări de dragoste se ivesc și unele probleme delicate și complexe.

Printre condițiile care consolidează căsătoria se află și dorința de comunicare și de înțelegere reciprocă printr-un dialog continuu de idei, gînduri, griji etc., omul fiind o ființă socială și avînd nevoie de comunicare.

Există modalități de comunicare nonverbale (mimică, gesturi, ținută, joc sexual și comunicare verbală, ideativă etc.). Necesitatea unui limbaj adecvat care să exprime bunăvoință și căutarea unei convergențe ce se impune de la sine; tăcerile, „mocnelile" anulează posibilitățile de cunoaștere și înțelegere reciprocă. Fiecare dintre parteneri trebuie să cultive o atitudine de bunăvoință onestă față de opiniile celuilalt găsindu-se o soluție pe bază de argumente logice.

În cazul cînd căsnicia s-a întemeiat pe dragoste și încredere reciprocă, deosebirile caracteriale se vor armoniza

fără știrbiri esențiale ale personalității unuia sau altuia fiecare modelîndu-se și adaptîndu-se noului mod de viață în cadrul așa-zisei „căsătorii reușite".

Femeia învață să fie mai obiectivă, mai logică, mai curajoasă și mai energică în noua sa postură, iar bărbatul mai afectiv și mai protector.

Idealul pe care și-l face un bărbat sau o femeie despre relațiile dintre sexe în general și despre căsnicie în special, constituie un parametru sensibil al conștiinței. Acest ideal implică o profundă trăire afectivă care poate duce la culmile sublime ale fericirii.

Înclinații și preocupări similare sau adiacente întregesc și consolidează existența cuplurilor, cu rezultate remarcabile obținute în cele mai diferite activități, începînd cu arta și terminînd cu domeniile științifice.

Oricum, mai ales la căsătoriile mai fragile trebuie anihilați cu grijă toți factorii de deteriorare, întărindu-se bazele morale, etice, demografice.

Noua familie trebuie să-și întemeieze un cămin propriu, complet separat, renunțîndu-se chiar și la unele facilități oferite de părinți, fără însă să se piardă respectul, considerația și recunoștința față de aceștia.

Acomodarea este mult mai simplă acolo unde sînt doar două păreri, atitudini etc. Aceasta presupune însă și o înțelegere atentă din partea familiei, prietenilor, colectivităților în care trăiesc.

A banaliza și a submina întemeierea unei căsnicii este un „atentat" condamnabil.

După cum am mai amintit, o importanță deosebită în căsătorie o reprezintă gratificarea sexuală, care reprezintă o obligație reciprocă a partenerilor, care trebuie să dea dovadă de cunoaștere, bunăvoință și înțelegere a acestor probleme.

Perioada de după „noaptea nunții" nu trebuie închipuită ca o dezlănțuire fără margini de erotism. Există unele anxietăți, unele stîngăcii care trebuie anihilate printr-un mediu psihologic favorabil. Rolul principal îi revine bărbatului în inițiativă, ca și în inițierea sexuală a tinerei soții, de a o satisface dar și de a o menaja în caz de menstruație, sarcină, boală.

Prezența la unele femei a unei hipoexcitabilități sexuale după deflorare este considerată fiziologică și normală.

În primele săptămîni femeia trebuie să învețe cum să se comporte și să participe la efectuarea contactului sexual,

erotizarea crescînd progresiv pe măsura particularităţilor individuale.

Marea diversitate psihosomatică a indivizilor face necesară existenţa unei perioade de adaptare reciprocă care, uneori, se poate întinde pe timp apreciabil.

Bărbatul trebuie să aibă o înţelegere deplină a acestei realităţi, să adopte o atitudine protectoare binevoitoare plină de menajamente şi delicateţe. Această perioadă trebuie să reprezinte un moment de reper în timp de care cei doi componenţi ai cuplului să-şi aducă aminte toată viaţa cu plăcere.

Numeroase lucrări de psihologie sexuală acordă o importanţă cuvenită „învăţării" dragostei, în vederea optimizării actului sexual pentru evitarea unor neconcordanţe cu consecinţe uneori grave (frigiditate, impotenţă).

Dar cel mai important aspect al sexualităţii conjugate este procrearea, care implică nu numai naşterea ci şi îngrijirea, creşterea, educaţia copilului într-o deplină armonizare fizică, psihică şi socială. Acest lucru nu se poate realiza nicăieri mai bine ca în sînul unei familii armonioase.

În legătură cu aceasta, în prezent tinerii căsătoriţi, conform noii legislaţii, au dreptul de a opta pentru menţinerea sarcinii în funcţie de o serie întreagă de condiţii sociale, de sănătate, de cunoaştere a unuia pe celălalt (statornicirea unor legături optime între cei doi căsătoriţi).

O condiţie indispensabilă, apreciem noi, o constituie dorinţa de a avea şi creşte copilul.

Căsătoria fără copii este o căsătorie amputată, neîmplinită, fără perspective, dezolantă, angoasantă chiar.

În consecinţă, este recomandabil ca la întemeierea unei căsnicii, tînăra să-şi aleagă un bărbat pe care îl iubeşte, îl respectă şi care poate deveni viitorul tată al copiilor săi. În aceeaşi măsură, tînărul trebuie să-şi aleagă drept soţie o fată, iubită, demnă de respectat, viitoare mamă a copiilor săi.

7.2. PREMIZELE CĂSĂTORIEI NEREUŞITE

Căsătoriile prea timpurii cu neîmplinirile somato-psihosexuale şi sociale ale celor doi parteneri riscă să ducă la o cunoaştere neobiectivă reciprocă şi, în consecinţă, la „iluminări" tardive, reacţii paradoxale, surprize neaşteptate prin labilitatea şi nestatornicia vîrstei.

O perspectivă cu totul nefavorabilă o condiționează un „examen medical prenupțial" superficial, ce permite strecurarea unor aspecte psihiatrice deosebit de diverse ca manifestare clinică (schizoizi, maniaci, depresivi, isteroizi).

Unirea într-un cuplu a psihoticului cu alt psihotic, cu un nevrotic sau cu un sănătos, a evidențiat o conflictualitate maritală, o patologie de cuplu manifestată de ambele părți, constituind în același timp un mediu psihopatogen și pentru descendenți.

Dintre criteriile utilizate în alegerea partenerului se pot enumera: criteriile afinității biopsihologice sau psihosociale (atitudini, valori, aspirații, idealuri, roluri sau statute similare).

Nu totdeauna însă alegerea partenerului respectă aceste criterii și aceasta, în primul rînd, datorită unor personalități „dizarmonice" (despre care a mai fost vorba în capitolele precedente) a unor aspecte „psihopatoide" (isteroidul, instabilul, timidul, astenicul), care pot genera decizii deviate în sens și conținut.

Atîta timp cît aceste înclinații, particularități paranormale, apar în contextul rezolvărilor adaptative ale personalității, ele constituie un factor de menținere a echilibrului psihic al cuplului. Atunci cînd însă depășesc anumite limite devin factori de dezechilibrare sau chiar un factor morbid (alienarea în jocuri de noroc, alcool, consum de droguri etc.).

Viața în comun permite descoperirea treptată a acestor trăsături individuale, a acestor discordanțe care, în funcție de personalitate se pot estompa sau adesea, dimpotrivă, exacerba.

În psihanaliza freudiană se subliniază două din aceste tipuri: alegerea „narcisistă" și alegerea de „sprijin".

Alegerea narcisistă are la bază relația subiectului cu propria-i persoană, obiectul ales reprezentînd pe subiect sau unele particularități importante ale sale (ceea ce a fost, „ceea ce este el însuși", „ce ar dori să fie").

Alegerea de „sprijin" se bazează pe relația subiectului cu părinții, societatea (hrană, protecție, securitate-autoconservatismul).

Ratarea căsătoriei este dată în special de căsătoria de „sprijin", de circumstanță.

Trebuie avută în vedere și părerea deseori facilă și greșită sugerată de unele lecturi, *mass-media*, și anume că prin

căsătorie, indiferent cînd și cum se realizează ea, s-ar oferi un adevărat „paradis" al dragostei, fără nici o obligație.

Tinerii trebuie să știe de la început să fie pregătiți în a face față unor probleme delicate și complexe căci, nu sînt rare cazurile în care diferențele de temperament, de educație, de pregătire a partenerilor, de mediul social din care provin și își desfășoară activitatea creează contraste care, agravate progresiv, pot genera conflicte grave pînă la divorț.

Odată perfectată căsătoria, se pune problema durabilității, longevității acesteia întrucît trăinicia ei ține de nenumărați factori optimizanți și deteriorizanți.

Sînt femei sau bărbați care — datorită unei educații inadecvate, a unor prejudecăți —, cred că trebuie să-și impună personalitatea prin ambiție, intoleranță, criticism, egoism, gelozie, chiar minciună și lașitate, dependență, revendicări.

Există și dintre aceia care cred că își apără liniștea și integritatea căsniciei acceptînd orice atitudine a partenerului ca fapte, păreri sau capricii evitînd cu grijă să-și spună părerea, să aprecieze critic o situație. Această renunțare penibilă la personalitatea proprie, lipsă voluntară de autorespect departe de a întări căsătoria, o va submina.

Altruismul poate alege și căi dramatice cînd, în scopul conservării dragostei se renunță la celelalte atribute ale personalității. În perspectiva psihopatologiei, altruismul excesiv denotă anumite trăsături caracteriopate (imaturitate afectivă, sentimente de inferioritate, idei delirante, melancolice).

Relațiile emoțional-afective exprimate în termeni de atracție-respingere, simpatie-antipatie, dragoste-indiferență, care caracterizează proximitatea celor doi soți, se valorizează practic în orice moment al coexistenței de zi cu zi.

Căsătoria prematură cu un soț brutal, poate duce la o intensă stare nevrotică, cu depresiune.

Nepotrivirile biologice ale soților (impotență, frigiditate, sterilitate) sau temperamentale (brutalitate, demoralizare, pesimism, taciturnism, capriciozitate, criticism, instabilitate, alcoolism) sînt „pattern"-uri patologice maritale de prost augur cu trăiri tragice, greu de suportat, care sfîrșesc prin divorț, cu diagnosticul de „nepotrivire de caracter".

Societatea contemporană, mai mult ca în orice epocă istorică anterioară, are o dinamică mai vie și presupune în același timp o adaptare mai suplă și mai adecvată a reacțiilor psihice în fața emancipării femeii, echilibrului economic al cuplului, schimbarea reperelor cultural-profesionale etc.

Unii cred că egalitatea în drepturi a ambelor sexe se referă numai la activitatea social-obștească și de producție, în timp ce în familie femeia trebuie să se ocupe singură de gospodărie, creșterea și educarea copiilor.

Locuința „gospodărească" de altă dată, mare, adesea neigienică, în care femeia nu mai termina treburile niciodată, este înlocuită astăzi cu locuința normodimensională încălzită, cu toate instalațiile sanitare, aparatură automată de efectuare a treburilor casnice, simplificarea vestimentației etc.

Toate acestea, mai ales cînd femeia este „casnică" iar soțul este plecat la serviciu și copiii la școală, fac ca ea să se plictisească, să aibă sentimentul vidului, să se nevrozeze, să apară sămînța nemulțumirilor, resentimentelor, încordărilor, conflictelor.

Femeia modernă dorește să se desprindă de pseudopersonalitate, căutîndu-și o personalitate autentică care, prin responsabilitate să o ducă spre un țel creator. „Protestul viril" al femeii este adesea însă confundat în mod fals cu realizarea personală a femeii. Ea caută să-și însușească așa-zisele valori masculine. Femeia „sclav" caută să submineze poziția partenerului, să devină „amazoană". Aceasta nu va rezolva problema inegalității între sexe, ci, cel mult o va inversa cu aceleași consecințe în dinamica cuplului.

Cu cît femeia este mai inteligentă sau se ridică peste nevoile materiale, peste servituțile căminului, cu atît este mai mare riscul ca viața ei să devină mai goală, mai ales acolo unde intervine gelozia-invidia față de soțul este care angrenat într-o muncă interesantă, creatoare (soții de savanți, conducători etc.)

Sentimentul inutilității devine teribil de angoasant mai ales pentru femeile fără copii, cu copii care au părăsit casa, sau la vîrsta menopauzei.

Preocupările diferite impuse de specificul profesional al fiecăruia dintre soți, diferențele, decalajele profesionale, de cultură, de salarizare pot genera discordia, stări conflictuale, dezmembrarea familiei.

Se poate spune că la femeie pasiunea introvertită pentru propriul său Eu este adesea mai directă și mai puternică decît la bărbat. Ca urmare, femeia încearcă să se transforme într-un element de seducție. În acest sens ea se confruntă mereu în oglindă cu imaginile sale idealizate din fotografii, reviste, reclame, cu femeia tinereții permanente, a modei, eleganței, podoabelor. Viața ei devine un efort continuu cu polarizare, limitare progresiv-exclusivă în jurul acestor preocupări. În „cronica modei" femeii i se sugerează să-și completeze micul capitol de personalitate autentică prin machiaj, înzorzonări, fumat, cu care să-și umple vidul depersonalizării.

Aceste atitudini limitează preocupările și îndatoririle față de familie, frustrează și obosesc psihic și material pe consort, favorizează resentimentele și bănuielile etc.

Societatea în care idealul este „să pari", să pari bogat, să pozezi cu automobilul de ultimă marcă, cu casă supradimensionată, cu mobilă stil și vestimentație de ultimă modă, refulează adesea nevoile esențiale de cunoaștere, de creație, de solidaritate și înțelegere, de comuniune sufletească în cadrul căsniciei.

O implicație profundă în demarajul, durata și durabilitatea familiei, în gratificațiile psihologice ale soților, o are viața sexuală, armonia sexuală.

Începerea și practicarea unei activități sexuale precoce premaritale, cu parteneri multipli duce la degradarea sentimentului de dragoste, psihologia tinerelor respective apropiindu-se de cea a unor femei in vîrstă cu o experiență de viață nereușită, cu regretele pentru toată viața ale unei adolescențe neadecvate și cu defectele accidentelor psihosomatice.

Sînt și situații cînd tînărul se îndrăgostește de o fată căreia îi acordă întreaga afecțiune idealizînd-o dar în același timp întreține relații sexuale cu o altă femeie. Această atitudine duplicitară ilustrează nu numai perioada adolescentină, condiție în care contemplarea romantică nu poate finaliza cu contactul sexual, ci și o anumită trăsătură de caracter.

De multe ori rezolvarea acestor situații se face printr-o căsătorie precoce, nu totdeauna cea mai indicată și cea mai trainică.

Himenul, acest blazon al virginității „demodate" din zilele noastre își păstrează încă semnificațiile psihoemoționale sub o formă disimulată.

Bărbatul fără „idei preconcepute" acceptă placid această situație, dar nici nu va mai acorda acel plus de respect și considerație partenerei deposedate de însemnul purității.

Bărbatul vanitos, din aceiași vanitate, își va refula resentimentele cauzate de această frustrare masculină, dar subconștientul său va încolți și alimenta unele „descărcări nejustificabile" la ocazii cu totul nesemnificative, acestea constituind nuclee de rezonanță afectivă negativă în sînul cuplului.

Realizarea unei armonii sexuale are implicații nu numai pe plan personal, ci și de ordin social, cunoscîndu-se numeroasele căsnicii degradate sau dizolvate din cauza inconsecvențelor și dezamăgirilor în viața sexuală a cuplului.

Ambii parteneri trebuie să acorde o deosebită atenție evitării celui mai primejdios aspect al vieții conjugale care este monotonia și blazarea sexuală, dezinteresul pentru menținerea și perfecționarea vieții sexuale. Plictiseala în activitatea sexuală nu trebuie privită ca o fatalitate de care nu scapă nici o căsnicie.

Sînt tot atît de dăunătoare neîmpărtășirea dragostei ca și frustrarea sexuală condiționată de eclipsele psihofiziologice sau de către unii factori sociali ca naveta muncitorilor pe șantiere, munca în ture diferite a soților.

Bărbatul care după consumarea actului sexual devine pasiv, întoarce spatele cu indiferență și adoarme sforăind se situează în totală contradicție comportamentală cu psihofiziologia erotică a femeii la care tensiunea sexuală postorgasmică se stinge mai lent necesitînd în continuare anumite manifestări afective și senzoriale din partea soțului demonstrînd astfel că relațiile intime nu încep și se termină odată cu actul sexual.

Nu sînt rare cazurile cînd „neînțelegerile" unor cupluri derivă tocmai din această inabilă și indiferentă comportare a soțului.

Printre caracteristicile feminității se recunoaște a fi și „pudoarea", o componentă psihosomatică complexă.

Dacă pudoarea fecioarei tinde spre apărarea integrității personale („veșmînt sufletesc natural"), femeia măritată nu trebuie să renunțe la această „rezervă de incitație" pentru soț atunci cînd anumite goliciuni, atitudini exagerate și chiar scabroase pot nu numai toci, ci și contraria bunul simț. În personalitatea femeii, pudoarea constituie o valoare care trebuie întreținută, cultivată și respectată.

În același context trebuie acordată o atenție și decorului, circumstanțelor în care se petrece viața sexuală: o lenjerie murdară, o igienă deficitară a pielii, o dantură neîngrijită și parazitoză genitală cu exhalare de mirosuri neîmbietoare, neplăcute sau chiar insuportabile sînt cotate nu numai ca o lipsă de educație dar și ca lipsă de considerație față de partener sau parteneră.

Existența unor cazuri de maternitate fără dragoste dar mai ales existența unor relații sexuale fără maternitate au un ecou deosebit de negativ în viabilitatea căsătoriei, de aceea cuplurile trebuie să cunoască riscurile unor amînări ale natalității sau ale unor întreruperi intempestive cu accidentele de rigoare care pot anula fertilitatea.

Gelozia este mai frecventă la cei doi poli de vîrstă, la tinerii care nu s-au cunoscut îndeajuns și la cei în vîrstă în funcție de scadențele meno- sau andropauzei la unul din cei doi parteneri. La vîrsta de mijloc contează îndeosebi așa-zisa „frumusețe" ca dotă inegală pentru cei doi soți.

În această circumstanță, partenerul mai în vîrstă sau mai puțin dotat de la natură, suspicionează pe orice persoană, prieten, colegi de serviciu drept o amantă sau amant potențial în legătură cu cele mai inocente manifestări de politețe, gesturi, mimică, zîmbete, impuse de ambianța convenientelor sociale.

Persoana geloasă face scene, se manifestă zgomotos sau chiar recurge la scene penibile, consumîndu-se nervos sau implicînd rudele, prietenii și chiar copiii în acțiunile de urmărire. În această situație cuplul se izolează de prieteni, societate, se claustrează, fiind mereu terorizat de un nou scandal.

Cel mai des se întîlnesc, forme mai „benigne" caracterizate prin suspiciuni periodice, trecătoare care constituie „sarea și piperul" unor căsnicii, altele constituie elemente de disconfort permanent psihoafectiv în ambianța familială.

În formele obsedante, patologice, persoana suspicionată se resemnează, sau se ascunde sub paravanul duplicității, pentru a-și asigura un minim de „libertate" de mișcare; cei mai mulți pentru care atmosfera devine un supliciu insuportabil, se revoltă.

Stîngăciile și greșelile inerente, analizate cu sinceritate, curaj și înțelegere din partea ambelor părți, pot fi aplanate, dar o „dragoste" egoistă, acaparatoare, patologică alimentată de gelozie, duce de cele mai multe ori la o conjugalitate

nevrotică, ură pînă la crima pasională şi, în orice caz, la destrămarea cuplului.

Persoanele de un anumit profil psihologic nestatornic, isteroid, cu un egoism accentuat, cu lipsa unui sistem coerent de valori, cu un narcisism şi supraevaluare personală, cu dispreţ faţă de consort şi de valorile comunităţii, cu lipsa de discernămînt faţă de unele „sfaturi prieteneşti" pot recurge la adulter (relaţii sexuale în afara familiei). Aceste evaziuni extraconjugale determinînd la soţul „înşelat" depresii, toxicomanii, suicid sau omucideri.

Dacă reglementările juridice consemnează căsătoria drept un contract legal asupra unei virtuale şi mutuale promisiuni de unire definitivă, tot ele legalizează posibilitatea unor opţiuni opuse, datorită fluctuaţiei dinamice a relaţiilor psihoemoţionale, prin ceea ce se numeşte „divorţ".

Divorţul este determinat de contextul socio-cultural reflectat în psihologia cuplului şi a fiecărui partener în parte astfel că stabilirea unei „tipologii" a divorţului este imposibilă, fiecare caz fiind unic din punct de vedere psihologic. Divorţul este consecinţa nerealizărilor procreative şi diferenţelor de caracter dincolo de inevitabilele crize ale unui cuplu marital, a cuplurilor legale, a unuia dintre parteneri, a unor aspecte medico-legale (psihopatice etc.).

Divorţul lasă urme adînci în psihologia partenerilor, implicînd complicate consecinţe sociale, dar mai ales cu consecinţe traumatizante asupra copiilor.

În afara carenţelor economice, educative pe care aceştia trebuie să le înfrunte, ei înregistrează mai ales profunde mutilări psihocaracteriale: anxietatea existenţială faţă de abandon, sentimente de autoînvinovăţire, devalorizare, răceală afectivă, devieri caracteriale şi de comportament infracţional.

În cazurile de divorţ repetat se suspicionează că persoana în cauză suferă de o „compulsie de repetiţie", proces de origine inconştientă cu plasarea repetată în situaţii dificile. De pildă, sînt persoane cărora li se întîmplă să eşueze mereu în anumite acţiuni, ale căror prietenii sfîrşesc totdeauna prost, sau persoane care simt nevoie permanentă de a idealiza pe cineva. Sînt indivizi ale căror atitudini faţă de sexul opus se repetă şi ajung la acelaşi rezultat din cauză că persoana

respectivă are o anumită trăsătură de caracter care provoacă un anumit tip de inserție, de elegere, de acțiuni, ceea ce favorizează aceleași experiențe psihice negative (*„retour éternel du même“* — Freud).

Bibliografie selectivă

Abulius D., Gheorghiu A. — Cartea tinerilor căsătoriți, Ed. Medicală, București, 1971

Băltăceanu I. Oct. — Bolile interne la femeie, Ed. Medicală, București, 1983

Băltăceanu I. Oct. — Bazele biologice ale feminității, Ed. Medicală, București, 1986

Engstrom L. — Planification familiale et contexte socioculturel, Santé du Monde, 1974, ian., 22—28

Gorgos C-tin (sub. red.) — Dicționar enciclopedic de psihiatrie, vol. I, Ed. Medicală, București, 1987

Liciu V.T. — Pregătirea pedagogică a adolescenților pentru viața de familie. Ed. Didactică și Pedagogică, București, 1975

Nieri Mathilde — Drama eliberării femeii, Ed. Politică, București, 1974

O.M.S. — L'éducation, sanitare en matière de planification familiale. *Ser. Rapp. techn*, Génève, 1971, 483

Ungureanu Maria — Viața sexuală și căsătoria, Ed. Științifică, București, 1968

Vinți I. — Sfaturi pentru tinerii căsătoriți, Ed. Medicală, București, 1975

* * * Die Frau-kleine Enzyklopedie, VEB Bibliographisches Institut, Leipzig, 1979

8. Psihofiziologia comportamentului sexual

Comportamentul sexual constituie un aspect particular al comportamentului global uman dinamizat de unele structuri psiho-neuro-endocrine față de unele aspecte socio-circumstanțiale reale și cu semnificație sexuală.

Spre deosebire de comportamentul foamei, setei, esențiale pentru conservarea individuală, comportamentul sexual nu este o necesitate vitală, ci doar o excrescență biologică în slujba conservării speciei. Importanța lui pentru specie însă explică deosebita lui intensitate, putînd determina, ocazional, motivații chiar dăunătoare indivizilor.

Comportamentul sexual este determinat de un sindrom complex de excitație, un ansamblu de „pattern"-uri psihosomatice asociate direct cu excitația genitală, materializat și finalizat prin actul copulator-reproductiv.

Comportamentul sexual este diferit nuanțat de cele două sexe:

— femeia acordă mai multă atenție dragostei ca scop în sine, axîndu-și comportamentul pe dorința de a place. Ea afirmă o mai strictă selectivitate față de partener, iar din punct de vedere psiho-emotiv simte nevoia de a primi afecțiunea, de a fi satisfăcută în dragoste;

— bărbatul prezintă o adresabilitate mai difuză cu scopuri mai țintite însă — descărcarea, satisfacția fizică, actul sexual în sine. Dar, pentru a apropia și a facilita această finalitate, el trebuie să devină un cuceritor pe multiple planuri (fizic, psihic) și, în același timp, să „plătească" birurile cerute de particularitățile comportamentului feminin.

La ambele sexe, cu unele particularități, comportamentul sexual se derulează în trei etape secvențiale: perioada de ex-

citație pregătitoare („jocul dragostei") sau preludiul, perioada de „consum", actul copulator în sine și perioada de stingere a excitației.

Se apreciază că în activarea, consumarea și stingerea comportamentului sexual, rolul hotărîtor revine sistemului nervos cu diferitele sale structuri, în primul rînd cele centrale ca elemente osmozante ale mediului social în care trăiește individul și apoi cele periferice cu elementele afectorii ale actului sexual.

8.1. PRELUDIUL

8.1.1. Aferentația senzorială

8.1.1.1. Aferentația vizuală

Ochiul nu este numai „*laso*"-ul amorsant cu bătaia cea mai lungă pentru recaptarea unor imagini exterioare incitante, ci și analizorul cel mai fidel al adîncimilor sufletești în circumstanțele apropierii, intimității partenerilor.

Numeroasele elemente somatice și de dinamică corporală cu stigmatele lor sexuale sînt recepționate de analizorul optic. O linie de coapsă și gambă, o rotunjime de bazin, elemente plastice ce reprezintă principalele atribute ale feminității și care în același timp constituie semnificația promisiunii unei fecundități optimale, la fel ca și gesturile, mimica, unduirea siluetei ca frumuseți „dinamice" spre deosebire de frumusețile „statice", adevărate statui vii, devin tot atîtea incitații sexuale.

Îmbrăcămintea femeii cu un decor mai schimbător, cu culori mai vii, punerea în valoare a elementelor somatice amintite își are de asemenea importanța sa.

În aceeași măsură o postură fermă, o mișcare elastică, un profil mai viril etc. constituie atuuri masculine pentru selectivitatea feminină.

În proximitatea lor, cei doi parteneri în mod tacit, fără a mai avea nevoie de comunicarea prin cuvinte, își mărturisesc reciproc din privirile lor strălucitoare, calde și galeșe, că se iubesc cu frenezie și că sînt pregătiți să se dăruiască unul altuia.

8.1.1.2. Aferentația auditivă

Un rol important îl reprezintă de asemenea conversația, schimbul de idei, comunicarea și decelarea disponibilităților afective, încercarea de obținere a unor consensuri mutuale cu infinite variații pe aceeași temă — veche și mereu nouă — declarația de dragoste, rugăminți, jurăminte, rostiri pe măsura nivelului temperamental-cultural al indivizilor.

O deosebită și remarcată rezonanță erotică o are mesajul verbal prin maniera de intonație, succesiunea silabelor, timbrul și muzicalitatea vocii. Un singur cuvînt rostit într-un mod aparte, o simplă interjecție sau șoaptă cu o anumită semnificație într-un anumit moment, pot declanșa o intensă reacție erotică.

Muzica, o adevărată „hrană a dragostei", prin cuvintele insinuante (cîntecul de dragoste), melodia, facilitează de asemenea punerea în același ritm a sufletelor și trupurilor generînd stări de voluptate erotică.

8.1.1.3. Aferentația olfactivă

Prezintă un rol fundamental, ca semnal sexual în lumea insectelor sau altor specii pe scara inferioară zoologică. Unele substanțe hormonale, „feromoni", purtătoare de mesaj sexual sînt o realitate recunoscută.

La om, simțul olfactiv a devenit un element rudimentar dar prin legăturile lui cu rinencefalul — sistemul limbic se implică profund în trăirile afective.

Fiecare individ exală mirosul său specific prin intermediul tegumentelor, gurii, cavității nazale, vaginale etc.

În funcție de sensibilitatea olfactivă, după gradul de rafinament și de pretenții igienice mirosul este interpretat într-un mod diferit, subiectiv. Tegumentele, părul etc. tînărului sau tinerei, cu caracterele lor de prospețime, facilitează voluptatea senzorială.

Se știe că tegumentele bărbatului emană „feromoni". Androstenonul, cu formula chimică asemănătoare testeronului, ar fi un posibil feromon uman.

Receptorul androgenic este cel mai bine reprezentat la nivelul pielii, glandelor sebacee și sudoripare apocrine axilare ale bărbatului. Acest fenomen cu miros apropiat moscului și lemnului de santal, constituie — fapt demonstrat

experimental —, un element atractiv pentru femeie și repulsiv pentru bărbat.

Femeia, în schimb, din vechime și pînă în zilele noastre, recurge la o suavă seducție prin suplearea resurselor sale odorifice cu ajutorul diferitelor parfumuri. Dintre acestea, cu o semnificație erotică sînt florile de salcîm, tei, busuioc, vanilie cît și sofisticatele și rafinatele parfumuri industriale moderne.

8.1.1.4. Aferentația tactilă

Buzele constituie o zonă erotogenă deosebit de sensibilă. Sărutul, inexistent la unele popoare și în general considerat neigienic, pare să aibă o semnificație majoră în accepțiunea reciprocă a celor doi parteneri, în apropierea lor erotică, sărutul erotic fiind parafarea complicității între individ și specie.

Prin nuanțarea intensității, duratei, de la tușeul diafan pînă la cel violent-mușcător, amprentă a personalității sensuale și a experienței, sărutul devine un element de excitație. În timpul sărutului există și un schimb salivo-gustativ între parteneri, schimb favorabil sau nefavorabil excitației erotice.

Deosebirea dintre senzațiile celui care „dă" și celui care „primește" sînt minimale, gradîndu-se diferit, pe diferite suprafețe de contact.

La femeie, cu o sensualitate mai difuză, tegumentele constituie un cîmp receptor mai mult sau mai puțin sensibil la excitațiile tactile. La bărbat în schimb suprafața erotogenă tegumentară este mai restrînsă, în jurul organelor genitale.

Conformația mîinilor, finețea claviaturii digitației pe tegumente, mîna ce se lasă molatec în mîna partenerului, mîna viguroasă și posesivă, mîna cu mîngîieri diafane și gingașe plină de afecțiune și protecție, îmbrățișarea, apropierea celor două corpuri pe o suprafață mai mare, cu accente pe zonele toraco-abdominale (sîni, zonele pubiene) constituie sursele unor amplificări maximale ale excitației erotice.

Toată această avalanșă senzorială specifică urmează căi spontane cu legături diferite, atît pe calea analizorilor superiori cefalici cît și pe cea senzorial reflexă din zona genito-perineo-sacrată, cunoscîndu-se că această zonă are

importanța erotogenă cea mai mare: la femeie, muntele lui Venus, labiile vulvare, vestibulul vaginal, colul uterin și cu deosebire clitorisul; la bărbat, glandul, corpul penial și mai puțin scrotul.

8.1.1.5. Angajarea neuropsihică

Semnalele senzoriale amintite sînt interceptate și analizate, frînte și amplificate, amalgamate de către sistemul nervos central prin structurile cu o implicație particulară în trăirea sexuală, cu deosebire hipotalamusul.

Hipotalamusul are conexiuni nervoase foarte complexe și cu aferentații optice, acustice, olfactive, senzorio-talamico-corticale.

Fără a putea urmări etapă cu etapă fluxul derulărilor excitației sexuale în extraordinar de complicatul aparat neural, anumite experimente pe animale și observații din clinica omului, prin stimulări electrice țintite sau distrugeri ale unor zone, se pot reproduce sau anula unele secvențe din comportamentul sexual. Astfel:

— excitarea hipotalamusului posterior (nucleii mamilari laterali) declanșează ejacularea dar nu poate provoca motivația sexuală;

— lezarea hipotalamusului median (nucleul ventromedian), abolește comportamentul sexual simultan cu scăderea hormonilor sexuali și cu atrofia gonadelor. Terapia hormonală înlătură efectele negative gonadice cît și tulburările de comportament;

— structurile limbice, cu acțiune facilitantă și inhibitivă, modulatorie asupra hipotalamusului, intervine în procesul de reîntărire (*„reinforcement"*) al emoțiilor și are drept punct de plecare răspunsurile sexuale trăite efectiv pe parcursul vieții. El este în măsură să diferențieze o conduită difuză, ambivalentă de o conduită matură heterosexuală;

— o decorticare de 20%, în special în zona anterioară, atrage după sine o severă tulburare sexuală. Se știe că la femelă corticalitatea inițiază reacții de stingere, iar la mascul o coordonare motorie complexă.

Existența circuitelor hipotalamo-limbico-cortico-hipotalamice nu exclude intervenția și asociațiile altor zone organofuncționale ale sistemului nervos central.

După cum am văzut în capitolele anterioare (vezi gonadostatul neuro-endocrin) acest dispecerat inițiază și controlează secrețiile de hormoni steroizi gonadici, suprarenalieni.

Printr-un mecanism de *feedback*, la rîndul lor, acești hormoni sexoizi, testosteronul și estrogenii, impregnează și erotizează centrii superiori într-un mod diferențiat.

Astfel estrogenii sînt cuplați în modul cel mai consistent de către hipotalamusul anterior-preoptic și cel mai precar de hipotalamusul posterior. Estrogenii nu sînt fixați de cortexul cerebral.

Testosteronul este convertit predominant în hipotalamus și amigdală și mai puțin în aria septală și preoptică.

Se consideră că sînt receptori cu afinități mai mari pentru estrogeni sau androgeni și alții cu afinități egale. Deci, mecanismele receptoare ale creierului operează mai mult ca o funcție a concentrațiilor relative ale estrogenilor și androgenilor.

Consecința comportamentală a acestei dihotomii parțiale a locusurilor de legare a steroizilor sexuali la mascul sau la femelă poate fi recunoscută prin prevalența activării motorii a masculului în abordarea sexuală a femelei, apărarea teritorială etc., iar la femelă facerea cuibului etc.

Aspectul funcțional al cerebralității, la care concură toate structurile amintite sub impulsul excitațiilor externe alimentează „aparatul psihic" care încoronează umanizarea comportamentului sexual.

Aparatul psihic s-a emancipat odată cu dezvoltarea filogenetică a structurilor neurale amintite, dar acesta numai pînă la nivelul unor disponibilități, potențialități, ontogeniei specific umane revenindu-i rolul de „învățare" și „direcționare" activă, conștientă.

Se consideră că omul nu dispune de o programare ereditară a detaliilor de comportament sexual, menite să sublinieze sexualitatea pînă la nivelul valoric uman. El dispune însă de posibilitatea de înregistrare, memorizare, învățare, tatonare, repetare etc. Începînd de la naștere și pînă la climacteriu, prin parcurgerea perioadelor copilăriei, pubertății, adolescenței, maturității, experiența cotidiană, educația familială, școlară, exemplele și modelele din mediul social în care trăiește îl pregătesc pentru a se adapta la cerințele vieții modelîndu-i comportamentul.

Diferențierea morfofuncțională din punct de vedere genetic, gonadal, gonoforic etc. nu este suficientă căci pri-

varea de experiența socială în copilăria animalelor face ca acestea să nu mai fie capabile de un comportament sexual normal.

Revenind la organizarea aparatului psihic uman, acesta se structurează în trei etape calitative:

— sistemul inconștient, sediul pulsiunilor înăscute, a dorințelor, afectelor primare, a instinctelor, dominate de principiul satisfacerii-plăcerii, procese primare caracterizate printr-o disponibilitate energetică ce se acumulează, se condensează și tinde la o descărcare fără raportare la norme, rațiune, realitatea coercitivă,

Este vorba de așa-numitul „impuls", „instinct", în speță instinctul sexual, o componentă cantitativă dinamogenă înăscută și oarbă, care rezultă din conversia enregici necesare declanșării și întreținerii unei tensiuni ale comportamentului sexual. Ea reflectă anumite stări psihosomatice specifice, condiționate neuro-hormonal, în scopul reproducerii și perpetuării speciei;

— sistemul conștient, caracterizat prin procesele secundare rezultate din operațiile mintale și experiența învățării, reglat de principiul realității și care se modifică cu etapele vieții (copilărie, pubertate, vîrstă adultă, senectute).

Energia dinamogenă primară, pulsională, instinctuală, este astfel „legată" și modulată cu ajutorul operațiilor specifice, de la inhibiția ei pînă la adaptarea descărcării după principiile realității.

Trecerea de la inconștient la conștient este reglată de cenzură, a cărei geneză este condiționată de conflictul dintre tendințele acceptate și cele refulate sub presiunea realității mediului.

Cu această etapă sîntem deja în perimetrul umanului elementar, al „motivației sexuale" în stadiul ei amorf potențial „dinamogen", care amorsată de către excitanții mediului se structurează calitativ și „direcțional", respectiv spre persoana heterosexuală selectată pe baza învățării, experienței, deliberării proprii;

— motivația sexuală conștient direcționată, care acceptă și se integrează valorilor sociale superioare (morala, etica, estetica etc.) caracterizînd omul matur și cultivat se numește „libidou" (contrar uzanței peiorative a termenului), termen ce presupune stăpînirea de sine, menținerea

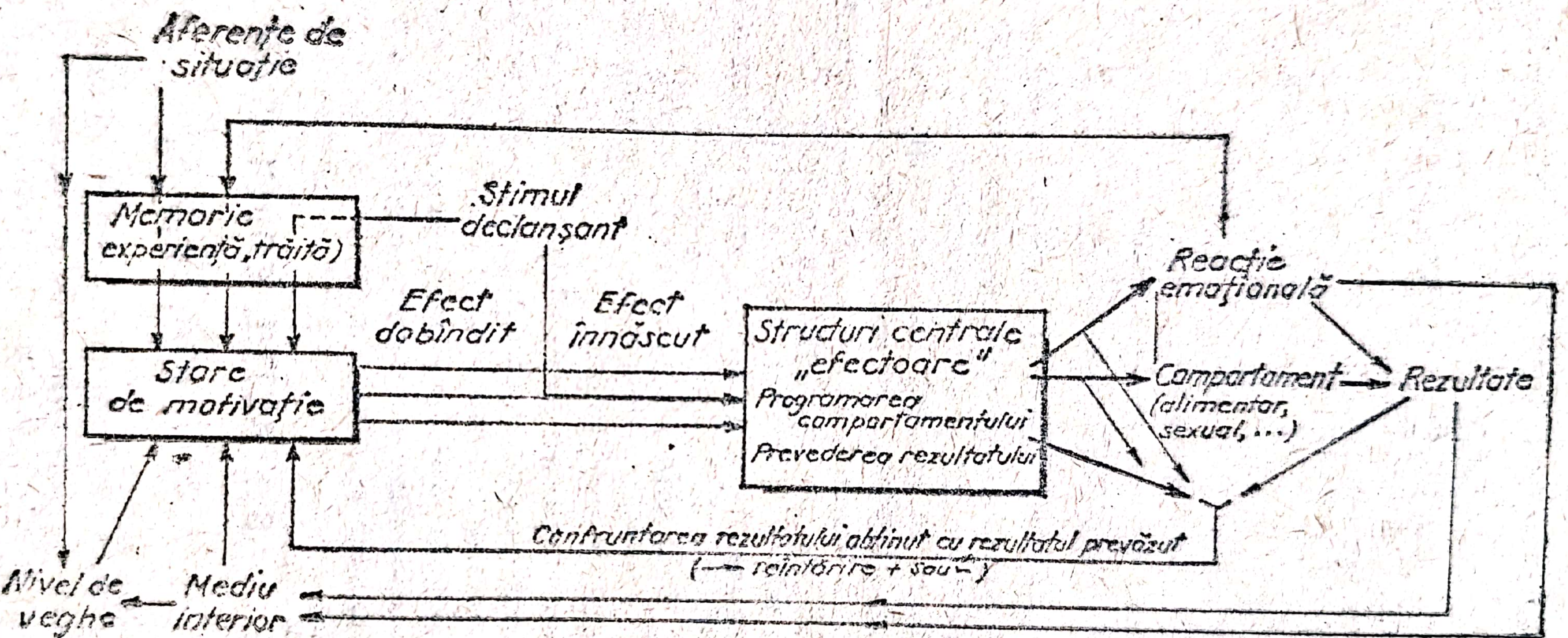


Fig. 69 — Schemă care indică factorii principali care participă la elaborarea stărilor de motivație și a secvențelor comportamentale (după P. Karli).

demnității umane și o atitudine sănătoasă față de sexualitate.

Astfel că, la nivel uman, se consideră că există o corelație mai strînsă între comportamentul sexual și gratificările de ordin psihologic furnizat de actul sexual decît între comportamentul sexual și actul sexual în sine ca necesitate de perpetuare a speciei. Dovadă că în preludiu există o încărcătură mult mai largă psihoemoțională decît în faza de „consum", încărcătură ce se menține și în postludiu și chiar după climacteriu. De asemenea manifestările afective, de tandrețe între tineri nu conduc neapărat la un act sexual cum se crede adeseori. O mîngîiere, un gest de gingășie, pot reprezenta și manifestări de pură simpatie reciprocă.

În contextul acesta de angajare excitativă psihosomatică, cu o evoluție gradată, se fixează întîlniri, cei doi parteneri se explorează și se sugestionează reciproc.

Întîlnim în această fază ilustrările cele mai nuanțate ale eroticii feminine, cu grație și gingășie, cu capriciozitate, cochetărie înăscută sau o afectată reținere, afirmînd chiar o răceală de circumstanță, cu perioade de atracție și respingere față de partener, nici o dată prea marcate pentru a părea categorice și definitive, aproape întotdeauna echivoce și insinuante, lăsînd deschisă posibilitatea reluărilor și sfîrșind în final prin abandonarea în brațele persoanei iubite după o succesiune de rețineri mereu mai slabe și implicit mai pline de promisiuni.

Această apărare „prin căderi", aceste ezitări și oprelişti pe fondul emoției erotice tot mai aprinse dau un farmec aparte acestui joc prealabil și pregătitor actului sexual.

Printre factorii favorizanți se numără ambianța, intensitatea stimulilor excitatori, motivația, curiozitatea, promisiunea recompensei.

8.2. ACTUL COPULATOR

8.2.1. Erecția

Tensiunea psiho-somato-genitală atinge maximum de intensitate la iminența actului copulator. Pe plan neuropsihic se produce o stare crepusculară și de abandon. Pe plan somatic apare o vasodilatație periferică, tahipnee,

tahicardie cu creșterea tensiunii arteriale, dilatare pupilară, inhibiția peristaltismului intestinal etc. Pe plan genital apare congestia sînilor și organelor genitale.

Factorii predominant psihogeni amintiți acționează asupra centrului spinal toraco-lombar (T 12-L 1) centrii erecției și fără contribuția măduvei sacrate, iar de aici prin coarnele laterale medulare și fibrele colinergice vasodilatatoare acționează asupra arterelor rușinoase și asupra valvulelor venoase, determinînd o creștere a raportului intrare/ieșire a sîngelui cu acumularea acestuia în corpii cavernoși, spongioși penieni și clitoridieni.

Acest reflex nesupus voinței este întărit de excitațiile tactile pornite din zona cutanată genitală (perineu, scrot) care sînt recepționate în a doua zonă reflexogenă a erecției, din centrul sacrat (S3, 4, 5).

Fibrele nervoase distribuite plexurilor nervoase din organele genitale sînt în contact cu corpusculii Pacini, în număr mare la nivelul glandului penian și clitoridian.

Astfel erecția este primul răspuns la o stimulare eficace sexuală. Penisul se congestionează, se alungește, se îngroașe devenind mai ferm, se curbează și se ridică la un unghi de 45° față de peretele abdominal.

Erecția este însoțită de apariția unei secreții mucoide, filante, clare, produsă de glandele Mery de la nivelul uretrei anterioare. Aceasta are un rol rubrefiant, facilitînd intromisunea penisului în vagin și nu trebuie confundată cu ejacularea. Crește și volumul testiculelor, cu ascensiunea acestora prin contracția scrotului.

La femeie, prin aceleași mecanisme neuroumorale și vasculare, clitorisul intră și el în erecție, dublîndu-se ca volum, vaginul se destinde și secretă o substanță mucoidă lubrefiantă, uterul se ridică puțin. Congestionarea labiilor mari și a labiilor mici cu proecția lor anterioară face ca orificiul vaginal să crească cu aproximativ 1 cm. Secreția glandelor Bartholin facilitează și ea lubrefierea vestibulului vulvovaginal.

8.2.2. Poziția

Poziția normală a copulării este față în față a celor doi parteneri, în această poziție putînd continua excitația zonelor erotogene și comunicarea psihosenzorială reciprocă etc. Poziții speciale le impune deflorarea, sarcina, obezitatea, discordanța organelor genitale între parteneri etc.

8.2.3. Deflorarea

Este acțiunea de rupere a himenului cu ocazia primului raport sexual al unei virgine. Practic este debutul vieții sexuale a femeii, moment cu importante implicații psihologice în dezvoltarea personalității acesteia, în maturizarea sa.

Confundarea desvirginării cu ruperea acestei membrane nu este exactă căci aceasta poate lipsi de la naștere sau himenul poate fi inelar, marginal și elastic — himen complezent.

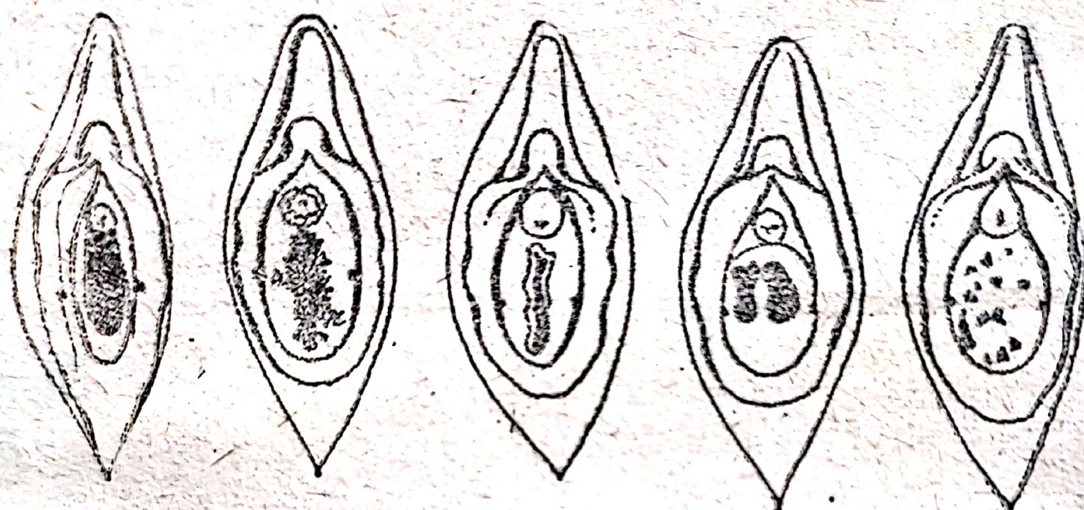


Fig. 70 — Diferite forme de himen (după E. Aburel).

În cazul tinerei fără o experiență sexuală la acest prim contact se ivesc și probleme somatice.

Tînăra trebuie ajutată să-și învingă pudoarea, să fie dispusă să-și sacrifice virginitatea renunțînd la reflexul înăscut de păstrare a interității corporale.

Himenul nu este singurul obstacol fizic, căci adesea accesul la vulvă este obstrucționat și prin strîngerea coapselor, ilustrînd astfel o pregătire psihologică incompletă cu necesitatea amînării tentativei de deflorare pînă în momentul cînd fata acceptă să coopereze („Nu-ți începe căsătoria cu un viol" — Balzac).

Această cooperare înseamnă ridicarea și proiectareaa ușoară a bazinului cu micșcări ce favorizează intromisiunea peniană.

De cele mai multe ori ruperea himenului este facilă, 80% dintre femei acuzînd doar o ușoară senzație de durere, lipsa durerii neînsemnînd lipsa virginității.

Obișnuit, microhemoragia rezultată din ruperea himenului, bine vascularizat, se rezumă la cîteva picături de sînge care este stopată prin rămînerea femeii în decubit dorsal cu strîngerea ușoară a coapselor. Este de recomandat o întrerupere a contactului sexual timp de 1—2 zile.

La efectuarea actului sexual nu trebuie să participe decît organele genitale.

În general, primul contact este destul de searbăd, bărbatul supraexcitat ejaculînd precoce, iar femeia afectată în întreaga structură psihosomatică, în mijlocul furtunii atîtor senzații psihice și fizice plăcute, neplăcute și cele mai multe indiferente, ca neposedînd încă reflexul orgasmului, rămîne într-o oarecare derută.

În această scurtă perioadă cu nuanțe penibile, bărbatul are datoria să răsplătească sacrificiul fecioarei cu deosebită delicatețe, ocrotire, sugerîndu-i acesteia calmul și reinserția pe coordonatele psihologice pozitive, dinaintea acestui prim act sexual.

8.2.4. Dinamica copulatorie

Intromisiunea peniană cu mișcările repetate intermitente accentuează și mai mult excitația. Congestia se accentuează atît la nivelul coroanei glandului penian cît și la nivelul treimii proximale a vaginului, constituind așa-numita „platformă orgasmică". Pe plan psihoemotiv partenerii se încarcă și mai mult de voluptate, mai ales prin participarea reciprocă la menținerea tensiunii erotice, sărutul, mîngîierile, îmbrățișările păstrîndu-și întreaga capacitate de sugestie și excitație. Adevărații îndrăgostiți țin seama de satisfacerea deplină și reciprocă.

Comportamentul copulativ al bărbatului ține de temperament, starea de abstinență pe o coordonată aproximativ plată.

Somatovisceral, ritmul cardiac se ridică la 100—150 bătăi/minut. Tensiunea arterială crește Mx cu 20—30, Mn cu 10—20 mmHg.

Apetitul și comportamentul sexual al femeii este mai variabil nuanțat: mai exacerbat înaintea ovulației, pre- și postmenstrual, și mai scăzut în perioada progestativă.

Reacțiile somatoviscerale ale acesteia sînt aproximativ similare cu cele ale bărbatului.

În timpul activității sexuale normale apar modificări electroencefalice caracteristice în zonele hipotalamo-limbico-coricale; experimental există un grad considerabil de uniformitate în circuitele neuronale ale expresiei comportamentului sexual atît la femele cît și la masculi.

Aceste reacții se diferențiază doar în raport cu ontogenia prin mecanismele de întărire energizare — pozitive, sau mecanismele de frînare — negative.

Majoritatea studiilor apreciază că durata normală a actului copulator este între 2—20 minute, mai precipitat la tineri, mai prelungit la vîrstnici.

8.2.5. Orgasmul-ejacularea

În dinamica sexuală apariția orgasmului coincide cu o tensiune emoțională maximă, o senzație paroxistică de plăcere. Cu durată de cîteva secunde la cîteva minute, este însoțit de intense manifestări somatoviscerale, distingîndu-se alături de cele amintite, o contracție musculară intensă, cu secuse, în special din partea coapselor și fesierilor.

Orgasmul masculin se articulează cu ejacularea, existînd însă și ejaculare fără orgasm la tineri, sau orgasm fără ejaculare la cei în vîrstă.

Expresia fiziologică a orgasmului este dată de contracția glandelor și căilor sexuale accesorii. Testiculele se ridică în bursa scrotului, epididimul, canalele deferente, veziculele seminale, se contractă cu expulzia lichidului seminal din glandele sexuale în uretra prostatică.

Lichidul seminal pătrunde în uretra posterioară. Sfincterul intern al vezicii se închide pentru a se bara cursul retrograd și concomitent se deschide sfincterul extern cu penetrarea spermei în bulbul uretral care se dilată de 2—3 ori.

Odată cu destinderea acestui segment intervine contracția mușcilor ischiocavernoși și a sfincterului intern uretral, contracție care propulsează sperma de-a lungul uretrei prin puternica peristaltică a acesteia, cu expulsia sacadată (4—5), la intervale de 0,10 sec. a spermei prin meatul uretral.

Bărbatul tînăr poate ajunge la mai multe ejaculări, cu intervale refractare care devin din ce în ce mai prelungi sau chiar totale — sațietate.

Orgasmul feminin variază foarte mult de la o femeie la alta, în funcție de tensiunea sexuală și de afinitatea pentru partener și este adesori repetat pe parcursul actului sexual,

înaintea ejaculării bărbatului, fără perioade refractare ca la bărbat și materializat prin contracții ritmice ale platformei orgasmice vaginale, la care se pot asocia și contracțiile ridicătorilor anali.

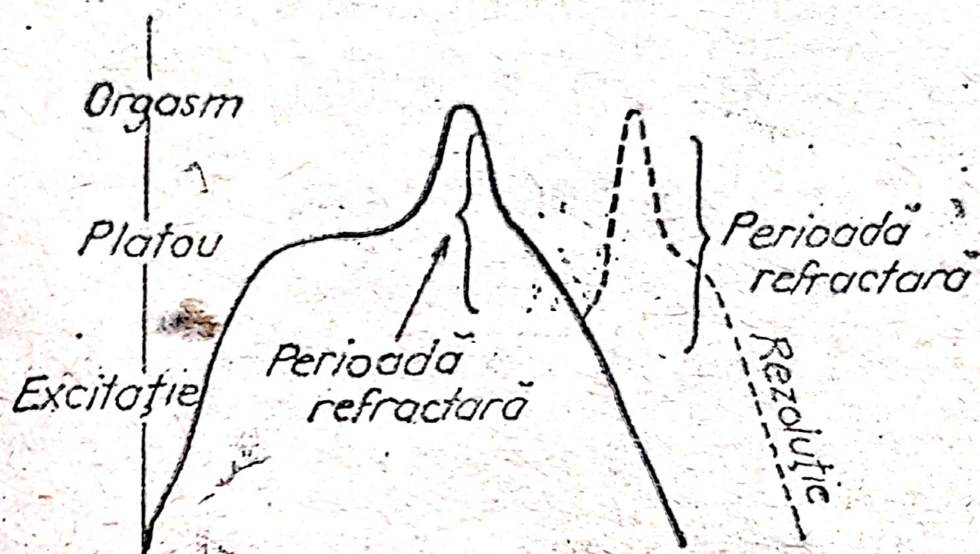


Fig. 71 — Ciclul răspunsului sexual la bărbat (după Masters și Johnson).

În genere însă orgasmul feminin este declanșat de vibrațiile peniene în ejaculare și mai ales de invadarea spermei în fundul de sac vaginal, moment în care se pot asocia și spasme musculare ale gîtului, brațelor, coapselor, gambelor.

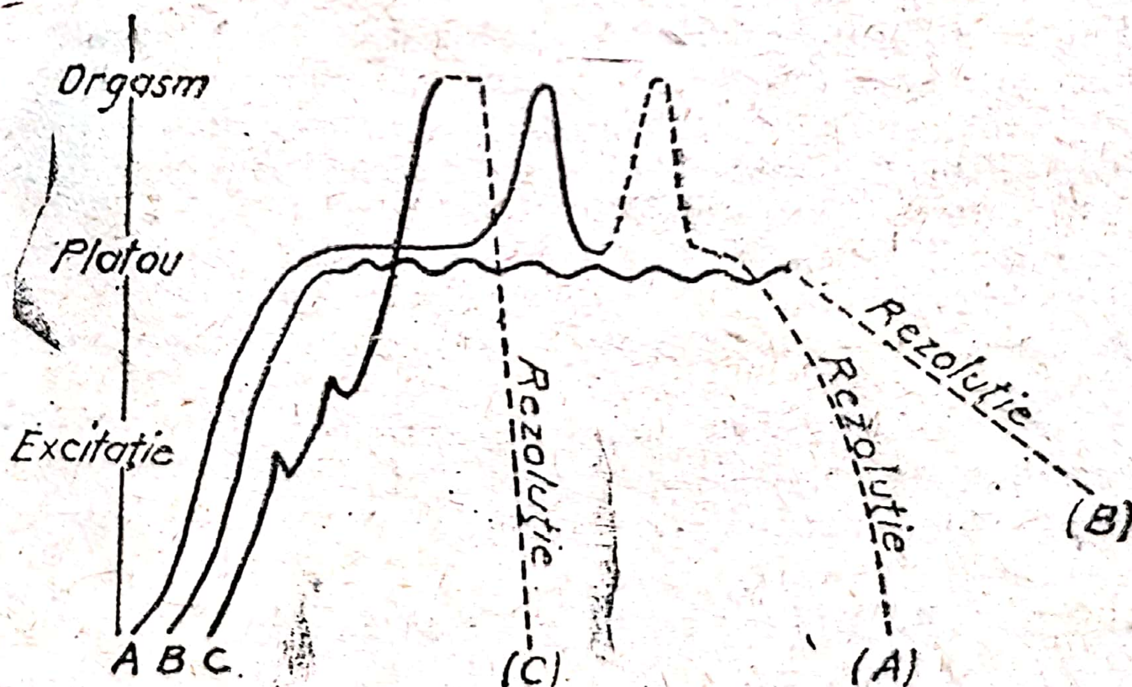


Fig. 72 — Ciclul răspunsului sexual la femeie, cu cele 3 tipuri: *A* — în dom; B — în platou; C — în vîrf (după Masters și Johnson).

S-au descris 3 tipuri principale de orgasm normal feminin, ilustrate prin 3 curbe: o curbă abruptă, asemănătoare cu cea din orgasmul masculin, o curbă mai lentă în „dom" și o curbă aproape orizontală — în „platou" cu o detentă lentă. În contrast cu bărbatul care prezintă perioadele refractare amintite, satisfacția sexuală a femeii se amplifică pe măsura repetării orgasmului.

8.3. POSTLUDIUL

În dinamica sexuală apariția orgasmului coincide cu o tensiune somato-emoțională maximă, urmată de o stare de deconectare, euforie, destindere, satisfacție, beatitudine.

Există însă o deosebire marcată între comportamentul bărbatului și al femeii față de finele actului sexual. Adesea bărbatul acordă acestuia o semnificație mai efemeră, în timp ce femeia se confundă într-o trăire complexă și prelungită, relaxarea sexuală întinzîndu-se pe o perioadă aproape egală cu cea care a fost necesară pentru atingerea tensiunii sexuale maxime. Acest aspect cere brbatului să acorde postludiului aceeași atenție ca și preludiului. Orice manifestări echivoce, gesturi de impolitețe sau de indiferență pot duce la nedorite consecințe de ordin afectiv. S-a spus că atitudinea comportamentală a bărbatului din postludiu constituie „certificatul de atestare a culturii sale erotice".

În acest context, această fază de deplafonare a excitabilității genitale (descongestionarea cu revenirea la flascitate), cu o revenire lentă psihosomatică spre starea inițială, incumbă și o prelungire la maximum a unei atenții delicate și nuanțate pe plan psihologic.

Durata postludiului ține de particularitățile neuropsihice ale partenerilor, de afecțiunea reciprocă și de nivelul erotismului, de ambianța în care s-a efectuat actul sexual și de educația cuplului.

Actul sexual nu este numai un test al excitabilității sau al rezistenței la efort, ci în primul rînd al calităților psihoafective ale partenerilor.

Bibliografie selectivă

Adcock C.V. — Fundamentals of Psychology, Watson & Vinei Ailesburg, 1967, 35–53

Beach F.A. — *Physiol. Rev.*, 1967, 47, 289

Biberi I. — Eros, Ed. Albatros, București, 1974

Blank C. — Consécience et inconscience dans la pensée neurobiologique actuelle. Journées de Bonneval, 1960
Bleuer M., Wiedman M.R. — *Arch. Psychiatr. Nervencr.*, 1956, 195, 14
Colonaş C., Abulius D. — Tineretul trebuie să ştie. Ed. Medicală, Bucureşti, 1957
Cucu I. — Psihiatria socială, Ed. Litera, Bucureşti, 1983
Deculescu Adriana — Viaţa şi dragostea, Ed. Medicală, Bucureşti, 1969
Dumitru R. — De vorbă cu tinerii, Ed. Albatros, Bucureşti, 1970
Geier S. — *Enciclop. med. chir. Paris*, 1963, 34035110, 9, 54
Gourmont R. — Fizica amorului, Ed. Pygmalion, Iaşi, 1946
Grassel H. — Tineret, sexualitate, educaţie, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1971
Ieniştea Oct. — Dificultăţi emoţionale la tineri, Ed. Medicală, Bucureşti, 1983
Ionescu G. — Introducere în psihologia medicală, Ed. Ştiinţifică, Bucureşti, 1973
Kato Y. — *Steroid Biochem.*, 1975, 6, 979
Lauryg V. — *Méd. et Hyg.*, 1976, 1201, 1045
Lisk D.R. — *Acad. Press N.Y.*, 1967, 197
Mace D.C. — L'Enseignement de la sexualité humaine dans les établissements formant le personnel de santé. OMS Cahiers de santé publique. Geneva, 1974
Marcuse H. — Eros and Civilization, Beacon Press, Boston, 1965
Masters W.H., Johnson V.H. — Human Sexual Reports Ed. R. Laffont. Paris, 1968
Moldoon S.G. — *Acad. Press N.Y.*, 1977, 295
Neubert R. — Probleme de educaţie a sexelor, Ed. Tineretului, Bucureşti, 1962
OMS — La fonction reproductive masculine. Sér. Rapp. Techn. Genéve, 1973, 526
OMS — L'éducation des génes pour la santé. Chronique OMS Genéve, 1978, 32/9, 363
Pavelcu V. — Din viaţa sentimentelor, Ed. Enciclopedică, Bucureşti, 1969
Penciu P., Pavlid V. — Educaţia sexuală, Ed. Medicală, Bucureşti, 1970
Penteanu M. — Educaţia relaţiilor între sexe, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1973
Phönix N.C. — *Acad. Press N.Y.*, 1 167, 163
Popoviciu L., Haulică I. — Patologia sistemului nervos vegetativ, Ed. Medicală, Bucureşti, 1982
Pora E. — Homeostazia, Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti, 1981
Săhleanu V., Măicănescu Georgescu M. — Introducere în sexualitatea masculină, Ed. Medicală, Bucureşti, 1966
Săhleanu V. — Omul şi sexualitatea, Ed. Ştiinţifică, Bucureşti, 1967
Sha Kokken — Le sexe et sa technique, Ed. Guy de Monceau, Paris, 1963
Stoica T. — Sexologie, Ed. Medicală, Bucureşti, 1975
Szekely L. — Problemele instruirii şi educaţiei sexuale, Centr. Ed. Sanit. Budapesta, 1964
Tănăsescu C. — *Igiena*, 1970, 19, 4, 4
Ursoniu C. — Igiena sexuală, Ed. Facla, Timişoara, 1980
Vasiliu V. — Igiena intimă a femeii, Ed. Medicală, Bucureşti, 1966

9. Reproducerea umană (fecundația—fertilitatea)

„Cum o să mori cînd viața ta va trece
Mai vie în ai tăi moștenitori?"

W. Shakespeare

„Pentru a fi în adevăr om, trebuie să te gîndești la două lucruri: că atîția oameni au fost ca să fii tu și că tu însuți ești ca să fie după tine atîția oameni".

N. Iorga

„Viața este un dar pe care-l merităm numai dacă-l dăruim".

G.B. Shaw

„O doamne! Ferește-mă pe mine ca și pe cei pe care-i iubesc, părinți, amici și frați și chiar pe dușmanii mei de a vedea vreodată o vară fără flori, o colivie goală, un stup fără albine și o casă fără prunci".

V. Hugo

„Oricare ar fi truda pe care părinții o încearcă pentru a putea crește copii, fericirea vieții lor constă în a avea o familie numeroasă.
Poate chiar această trudă înseamnă fericirea pentru că bucuria de a trăi stă în muncă și luptă".

Y.P. Rossignol

„Nu voi da nici unei femei o prescripție abortivă".

(Jurămîntul lui Hippocrate)

Fecunditatea este capacitatea de a produce gameți viabili (ovul, spermatozoizi) precum și capacitatea de a le condiționa și favoriza întîlnirea, unirea-contopirea lor în conductele genitale feminine prin actul sexual.

Fertilitatea este capacitatea biologică generală și local-genitală de a asigura întreținerea, dezvoltarea și expulzarea produsului de concepție în condițiile unei integrități neuro-somatice ale acestuia, pentru a putea să facă față condițiilor mediului extern.

Aceste două aspecte nu sînt decît două etape organic și obligatoriu intricate pentru asigurarea reproducerii umane.

9.1. FECUNDITATEA

9.1.1. Migrația gameților

9.1.1.1. Migrația tubară a ovulului

Se știe că între gonadostatul neuroendocrin central și ovar se stabilește, în timp, un raport interstimulant reciproc (*feedback* pozitiv) și în aceeași măsură un raport de frînare reciprocă (*feedback* negativ), aceasta pe baza unei legi fundamentale a bioritmiei generale care validează legea „valorilor inițiale", și anume: „constantele" biologice au o oscilație codificată între o limită maximală și una minimală. Acumulările energometabolico-funcționale specifice conduc spre maximalizarea lor. Odată ajunse la această limită (codificată genetic), orice surplus al acestor acumulări inversează situația, ducînd spre inhibiția, minimalizarea procesului. Evoluția ciclului aceluilași proces este asigurată de reluarea acumulărilor.

Apariția, dezvoltarea și efracția foliculului de Graaf se supun și ele acestei oscilații bioritmice în cadrul a 28 de zile ale ciclului catamenial.

În consecință, lunar, se va dezvolta, maturiza și efracționa un singur folicul de Graaf pentru ambele ovare, excepțional doi sau mai mulți (ceea ce condiționează sarcina gemelară sau multiplă), cu eliberarea gametului feminin — ovulul.

Încă înaintea ruperii foliculului în cadrul „ciclului tubar" trompele se congestionează îmbrățișînd cu franjurile lor pavilionare ovarul, pentru ca odată cu ruperea foliculului,

acestea, prin mișcările lor peristaltice, să capteze lichidul folicular în care plutește ovulul.

Lichidul folicular și secrețiile tubare asigură condițiile biofizice de viabilitate ale ovulului, iar peristaltica trompei și cilierea celulelor endotubare (cili cu o vibrație de 1 500 mișcări/minut în direcția uterului), fenomene stimulate de estrogeni și inhibate de progesteroni, asigură transportul ovulului (12—20 ore) pînă la nivelul joncțiunii ampulo-istmice tubare.

Aici, la nivelul acestei joncțiuni, oul întîrzie migrarea pentru un răstimp de 48—70 ore, datorită unui proces de hidrodinamică a secrețiilor tubare și a tonusului sfincterului tubo-uterin.

Aici este și locul predilect de întîlnire a ovulului cu gameții masculini — spermatozoizii (rezervorul de spermatozoizi).

Deci, fecundarea poate avea loc chiar la acest răstimp de 12 ore dacă spermatozoizii sînt prezenți deja la acest nivel.

9.1.1.2. Migrația cervicouterină și tubară a spermatozoizilor

Progresiunea spermatozoizilor în ductele genitale masculine pînă la nivelul uretrei prostatice se efectuează sub presiunea „*vis a tergo*" și mai ales persitalticei epididimului, deosebit de intensă în timpul ejaculării — deci o progresiune pasivă a spermatozoizilor.

Spermatogeneza, transportul spermatozoizilor, maturarea și stocarea lor în epididim, se produc într-un ciclu de aproximativ 75 de zile.

Timpul necesar pentru transportul spermatozoizilor de la nivelul testiculelor la sperma ejaculată variază între 1 și 21 zile, în funcție de frecvența, numărul și volumul ejaculărilor.

Sperma, plasma seminală, este o suspensie de spermatozoizi într-o combinație de secreții ale diferitelor glande genitale anexe, care alcătuiesc lichidul seminal. Este de culoare gălbuie, opalescentă, de consistență vîscoasă. Volumul este în funcție mai ales de secrețiile prostatei și veziculelor seminale, și de epuizarea acestor secreții prin ejaculări repetate. O primă ejaculare normală variază între 2,5—5 ml.

Numărul spermatozoizilor în plasma seminală este de 60—120 milioane/ml spermă (75% din epididim).

Rezerva extratesticulară de spermatozoizi poate fi epuizată în urma ejaculărilor repetate la intervale scurte de timp.

Lichidul seminal este alcătuit din apă şi numeroşi factori proteici, glucidici, lipidici, enzimatici, metabolici, minerale etc. cu un rol fundamental în dispersia, diluţia spermatozoizilor, dar şi în trofizarea şi asigurarea motilităţii acestora. Orice defecţiune cantitativă şi calitativă a acestor componenţi defavorizează fertilitatea masculină. Astfel:

— secreţia prostatică conţine: proteine (compuşi proteici complecşi), acizi aminaţi, amine libere; glucide (inozitol); lipide (colesterol); enzime (enzime proteolitice, creatinfosfokinază), glutamic-xoal-acetat-transferaze, maltază, fosfatază acidă; hormoni (prolactină); elemente metabolice (acid citric); minerale (Zn, Mg);

— secreţia veziculelor seminale conţine: proteine (acizi aminaţi, amine libere); glucide (fructoză, acid sialic); hormoni (prolactină); enzime (creatinfosfokinază);

— secreţia testiculară conţine hormoni (testosteron); enzime (carnitină).

Această bogăţie de elemente asigură viabilitatea — troficitatea spermatozoizilor, funcţionalitatea — mobilitatea şi penetranţa lor.

Factorii implicaţi în trofizarea lor sînt:

— compuşii azotaţi (3,80 g/100 ml) care se degradează rapid sub acţiunea unor enzime proteolitice din plasma seminală în acizi aminaţi: acid glutamic, lizină, serină, histidină, acid aspartic, leucină, izoleucină, glicină, tirozină;

— colesterol (50 mg/100 ml) are valori scăzute în azoospermiile secretorii;

— prostaglandine (PGLE şi PGLT — acizi graşi cu 20 C);

— inozitolul (106—1 960 g/ml) este un factor de creştere a celulelor umane la nivelul ţesuturilor în general;

— maltaza însoţeşte în paralel curba fertilităţii de-a lungul vieţii; este androgenodependentă şi este de 7 ori mai ridicată în spermă decît în sînge;

— fosfataza acidă fosforilează nucleotidele;

— testosteronul (281—850 mg/100 ml) de provenienţă testiculară condiţionează numărul şi troficitatea spermatozoizilor;

— prolactina (165 ng/ejaculat)

— acidul citric, în strînsă relație cu testosteronul, este un factor de trofizare și motilitate a spermatozoizilor.

Glutamic-oxal-acetat-transferaza (GOT) catalizează conversiunea unor acizi aminați în acid citric.

Factorii implicați în mobilizare sînt:

— fructoza (100—500 mg/100 ml) reprezintă principala sursă de energie pentru motilitatea spermatozoizilor.

Fructoza rezultă din conversiunea glucozei sanguine de către enzimele glucozo-fosfat-izomeraza, aldoreductaza și sorbitol dehidrogenază. În afară de fructoză se mai găsesc în lichidul spermatic și sorbitol, inozitol, glucoză, riboză;

— enzime proteolitice: sperma nativă coagulează spontan atît *in vitro* cît și *in vivo* de decurs de 20 minute, blocînd mobilitatea spermatozoizilor. Enzimele respective cu o putere proteolitică de 100—200 ori mai puternică decît tripsina, mențin sperma incoagulabilă;

— acidul citric;

— carnitina (20 μg/ml) este un transportor al grupelor acyl în mitocondrii utilizînd lipidele ca sursă de energie.

Cu funcții diverse sînt prostaglandinele: aminele libere (30—360 μg/ml) — colina, spermina, spermidina; acidul sialic 123 mg/ml); și mineralele ca Zn, Ca, Na, K.

Viabilitatea și motilitatea spermatozoidului este condiționată în parte și de dinamica și secrețiile ductelor genitale astfel:

— vaginul, receptacul pentru sperma ejaculată, are un pH ușor acid ca mijloc de blocare a multiplicării microorganismelor; în timpul actului sexual acest pH devine ușor, alcalin (peste 4—5) ceea ce favorizează viabilitatea spermatozoizilor în număr de aproximativ 10 milioane. Se apreciază că pentru a ajunge în canalul cervical timpul necesar migrării spermatozoizilor ar fi de 5—10 minute;

— dopul de mucus cervical constituie un baraj pentru spermatozoizii mai precar dotați (la 24 ore de la contact pătrund în colul uterin doar 200 000 spermatozoizi). Totodată pentru aceștia din urmă, fluiditatea acestui mucus (mai mare în preajma pontei), pH-ul său și mobilitatea sa imprimată de contracțiile-aspirațiile uterine, favorizează migrațiunea spermatozoizilor. Se apreciază că viteza progresiunii spermatozoizilor în colul uterin ar fi de 5—15 minute/cm;

— uterul, în momentul declanșării orgasmului, sub acțiunea ocitocinei hipofizare și a prostaglandinelor spermatice

secretate de celulele Leydig, prezintă contracții care încep în porțiunea fundusului și se propagă în porțiunea mijlocie, relaxarea sa antrenînd aspirativ coloana, dopul de mucus cervical încărcat cu spermaozoizi.

În același timp condițiile biochimice intrauterine selecționează prin reducere numărul de spermatozoizi la aproximativ 500, din numărul total de spermatozoizi ejaculați. După 48 ore spermatozoizii mor sau părăsesc cavitatea uterină, invadînd trompele. Viabilitatea spermatozoizilor, progresiunea lor în cavitatea uterină depind de pH-ul secrețiilor mucoasei uterine, troficitatea hormonală a acesteia, temperatură etc., cît și de calitatea spermatozoizilor supraviețuitori.

Această calitate este condiționată de „centrala energetică" a spermatozoidului de la nivelul piesei intermediare a acestuia, conținutul său în lipide, lecitină, citocromi, trifosfat de adenozină, enzime glicolitice și respiratorii (lactat dehidrogenază), precum și de dotarea energetică a cozii spermatozoidului (transferul energetic al ATP-ului către formațiile contractile.

9.1.2. Fecundația gameților

Pentru fecunare spermatozoizii trebuie să ajungă în treimea externă, zona ampulară a trompei.

În caz de permeabilitate a acesteia, ajung în această zonă cîteva sute de spermatozoizi.

La femeie nu există date precise cu privire la timpul de supraviețuire și durata capacității de fecundare a spermatozoizilor în ampula tubară. În tot cazul un singur spermatozoid, mai dotat și mai mobil, va ajunge să fecundeze ovulul.

Modificările suferite de spermatozoizi la nivelul tractului genital feminin, preliminare fecundării ovulului, sînt cuprinse sub denumirea de „capacitație".

Spermatozoizii își au propriile lor mijloace de „decapacitație" condiționată de o proteină specifică, secretată de epididim și depozitată pe capul spermatozoidului, împiedicînd reactivitatea acestuia la alte substraturi.

În contact cu ovulul, substanțe și enzime din învelișurile acestuia determină o activare a enzimelor acrosomiale (partea anterioară a capului spermatozoidal). Această reacție acrosomială eliberează trei enzime cu importanță majoră: hialuronidaza (enzimă mucolitică) ce favorizează pătrunde-

rea spermatozoidului în stratul extern al ovulului, enzima coroanei radiate (enzima de pătrundere în cel de al doilea strat al ovulului și acrosima, aceasta din urmă fiind enzima cheie pentru pătrunderea în zona pelucidă a ovulului prin proprietățile sale similare tripsinei și plasminei.

După ce coroana radiată a ovulului a fagocitat numeroșii spermatozoizi, după ce membrana pelucidă a determinat reacția acrozomială a spermatozoizilor rămași încă valizi, după ce primul spermatozoid a pătruns în spațiul perivitelin și a intrat în contact, prin regiunea sa postacrozomială cu membrana vitelină, mișcările cozii spermatozoidului încetează iar în ovul apar numeroase granule corticale cu densitate electronică crescută, care-și varsă conținutul în spațiul perivitelin.

Produsele astfel eliberate fac ca din acest moment membrana pelucidă să devină rezistentă și să inactiveze direct proteinaza acrosomială a altor spermatozoizi, aceasta asigurînd fecundația monospermatică.

Segmentul ecuatorial al acrosomului este singurul element cuprins în procesul de fuziune al spermatozoidului cu ovulul, celelalte elemente ale sale suferind un proces de liză. În acest contact, pronucleul mascul se hipertrofiază și se remaniază, în același timp se activează și ovocitul care își reia diviziunea meiotică de la metafaza II-a ajungînd la expulzarea în spațiul perivitelin a celui de al doilea globul polar.

Cînd cei doi pronuclei (matern și patern) ating dimensiuni maxime, ei se localizează în centrul ovulului și rămîn un timp separați printr-o lamă fină de ooplasmă, timp în care are loc sinteza rapidă a ADN nuclear și scindarea cromozomilor de proveniență maternă și paternă. Ulterior, se produce singamia nucleară prin schimbul de material cromozomial.

În momentul cînd apare aparatul microtubular al fusului primei diviziuni a oului și cromozomii se dispun în placa ecuatorială, fecundația este practic terminată și începe dezvoltarea oului.

Durata fecundației este estimată la aproximativ 30 ore.

S-a constatat că atît spermatozoizii normali cît și cei anormali pot produce fecundarea ovulului și chiar dezvoltarea embrionului, dar numai ovulul fecundat de un spermatozoid normal poate evolua pînă la stadiul fetal.

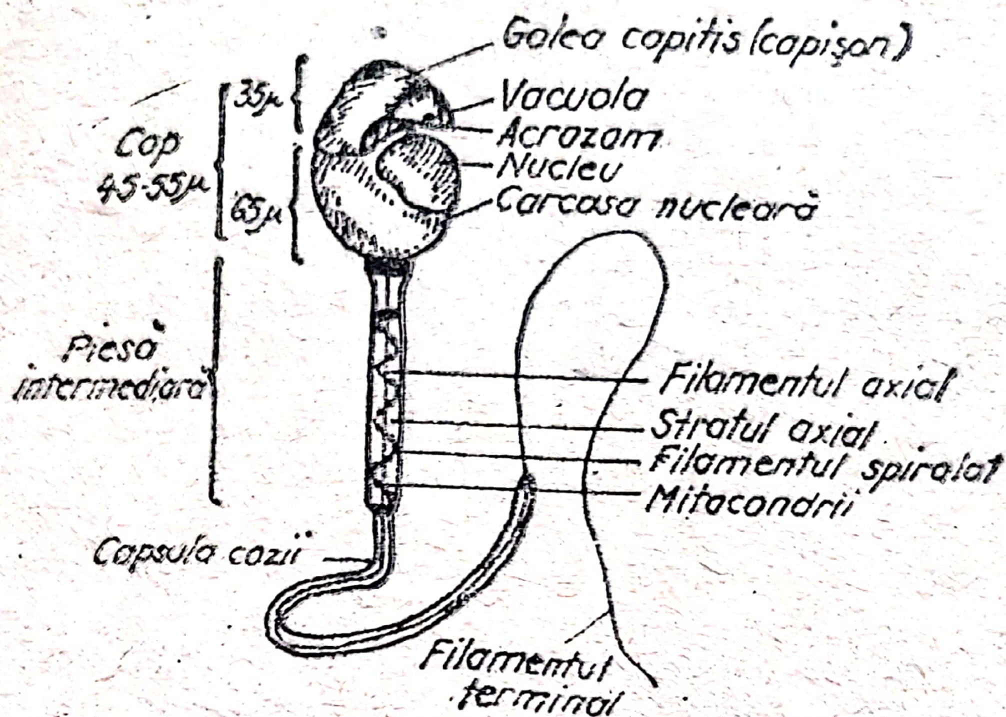


Fig. 73 — Structura spermatozoidului normal (după Bondar).

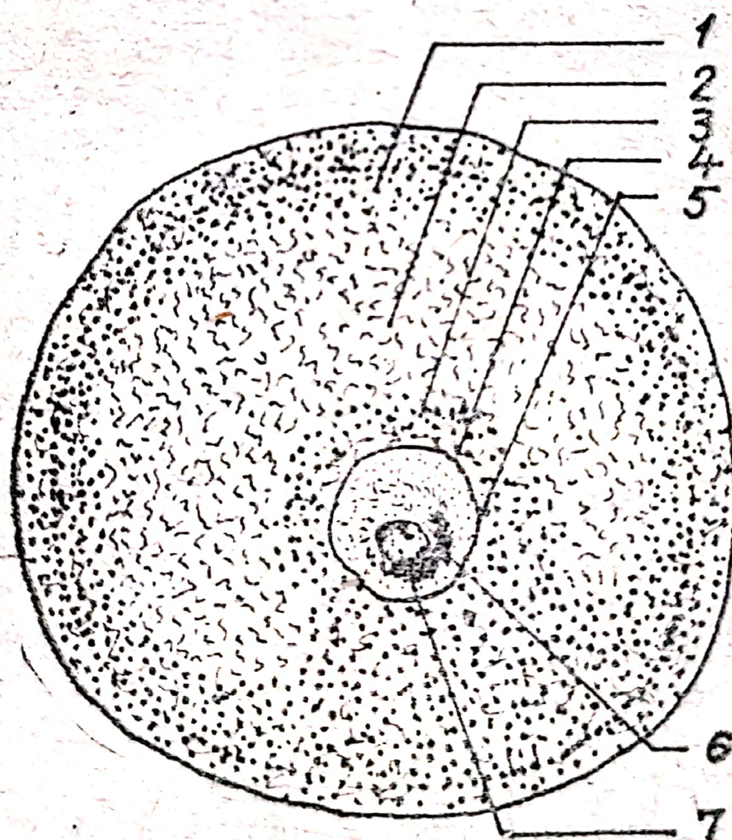


Fig. 74 — Folicul ovarian: 1 — strat granular folicular; 2 — lichid folicular; 3 — coroana radiată; 4 — zona pelucidă; 5 — membrana vitelină; 6 — zona vitelogenă; 7 — nucleu cu nucleol.

Se pare că reducerea ADN-ului ar putea fi unul din factorii principali cauzali ai infertilității masculine și ai avortului.

9.1.3. Oul neimplantat

Oul fecundat își începe deja diviziunea în mod rapid, simultan cu antrenarea sa de către peristaltica tubară spre cavitatea uterină, migrarea sa durînd 3—4 zile, în a cincea zi de la fecundație se găsește deja în uter, unde își continuă diviziunea încă 24 ore în condiții foarte precise de mediu biochimic oferite de secrețiile mucoasei uterine (proteine, glicoproteine, aminopeptidaze, amilaze, fosfataze, ribonucleoze, blastochinina, lactoferina etc.).

În final în stadiul de blastocit, oul se implantează în mucoasa uterină prin erodarea acesteia de către unele enizme, creîndu-se o reacție „inflamatorie" locală (prostaglandine). Apoi această mucoasă îl acoperă, se produce decidualizarea.

Prin diviziunea celulelor blastulei, anterior stadiului de 58 celule, acestea se individualizează în două categorii distincte: unele dispuse periferic — care vor forma trofoblastul și altele dispuse central — din care se va dezvolta viitorul embrion.

9.1.4. Implantația

Implantația este mecanismul complex prin care oul se orientează, aderă și se cuibărește în grosimea mucoasei uterine.

Deja la momentul eliminării oului, foliculul de Graaf — corpul galben de sarcină, secretă progesteron, hormon care determină o remaniere progestativă a mucoasei uterine.

Odată cu fecundarea oului această remaniere se dezvoltă mult, timp de 5—6 luni. Astfel mucoasa uterină se îngroașă, cu dilatarea vaselor și glandelor, constituind mucoasa de sarcină numită și caducă sau deciduă.

În a 6-a zi de la fecundație, oul, datorită unei enzime proteolitice, erodează această mucoasă și se implantează în peretele uterin adesea pe fundul sau pe fețele cavității uterine. Prin intermediul unui organ specializat, placenta, acesta stabilește legături directe cu vasele sanguine uterine materne.

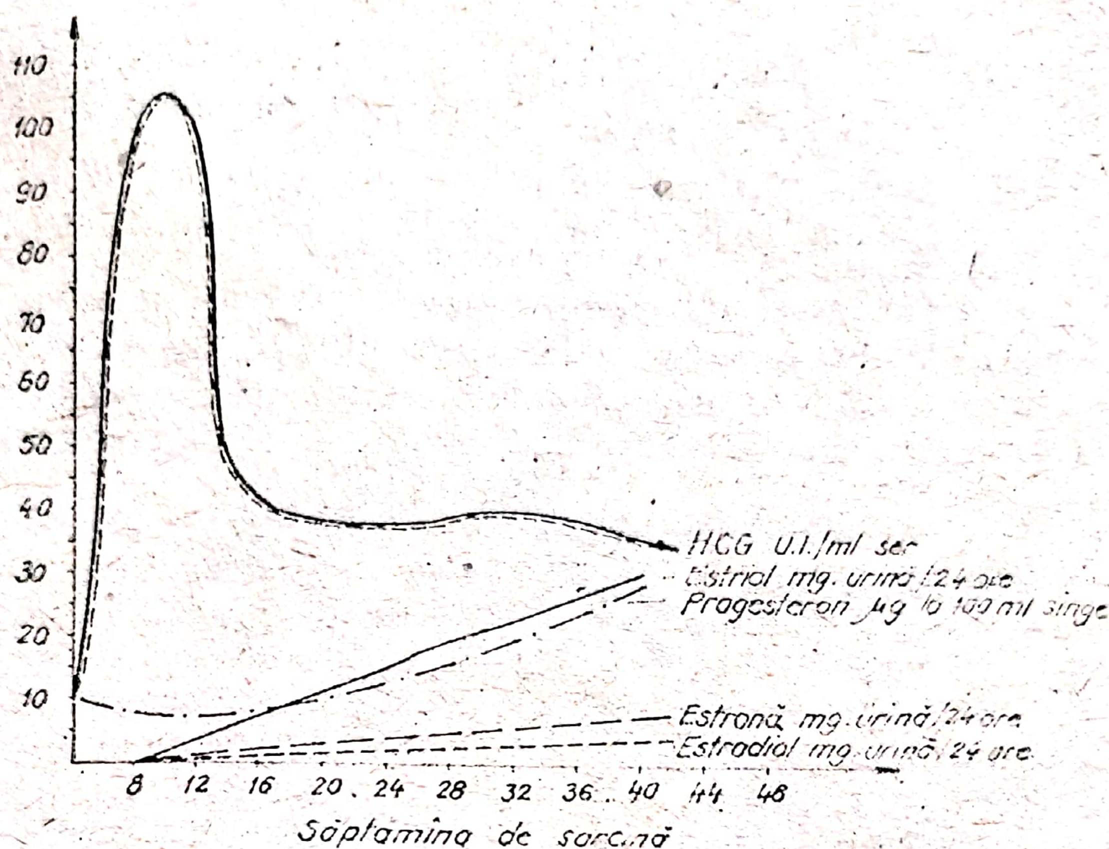


Fig. 75 — Diagrama modificărilor hormonale, care au loc în timpul sarcinii (după Ionescu și Dumitrache).

Orice perturbare a unui raport precis între estrogeni și progesteron compromite aceste remanieri și nidarea oului.

Nidarea se face între a 7-a și a 10-a zi de la fecundație. În acest răstimp din partea mamei apar și primele semne de sarcină ca: oprirea menstruației, mărirea sînilor cu pigmentarea areolei mamare, apariția tuberculilor Montgomery, pigmentarea organelor genitale externe și mărirea în volum a uterului.

După implantarea blastocitului în uter urmează etapa de gastrulare (a 15—18-a zi de la fecundație) cînd apar foițele embrionare: actoblastul, mezoblastul și endoblastul, foițe ce prefigurează viitoarele țesuturi și organe ale embrionului.

Astfel din ectoblast se vor dezvolta: pielea și fanerele, organele de simț și sistemul nervos.

Din mezoblast se vor dezvolta: aparatul locomotor (mușchi, schelet), aparatul cardiovascular și aparatul genito-urinar.

Din endoblast se vor forma: aparatul respirator, aparatul digestiv și glandele cu secreție internă.

Urmează apoi perioada embrionară, între 6—8 săptămîni de la fecundație, timp în care se definitivează forma exterioară a corpului embrionar.

— la 3 săptămîni embrionul are o lungime de 2 mm dezvoltîndu-se cu deosebire extremitatea cefalică, creierul și măduva spinării;

— la 4 săptămîni embrionul ajunge la o lungime de 5 mm, cînd se schițează apariția aparatului cardiovascular;

— la 5 săptămîni are o lungime de 10 mm începînd să se schițeze membrele superioare și inferioare, fața, ochii, nasul;

— la sfîrșitul celor două luni de la fecundație embrionul are o lungime de 2—3 cm, 10—11 grame, cu extremitatea cefalică bine dezvoltată, ficatul ocupă o mare parte a abdomenului, la membre încep să apară degetele, astfel că spre a treia lună embrionul ia chip de om, are o lungime de 9—12 cm, o greutate de 40—55 g, începe să se diferențieze sexul somatic.

În această situație produsul de concepție se numește „făt" — la sfîrșitul lunii a IV-a (perioada fetală timpurie) fătul atinge lungimea de 16 cm și greutatea de 260 g.

Trunchiul crește și își desăvîrșește forma, membrele fac mișcări active;

— la sfîrșitul lunii a V-a lungimea fătului este de 25 cm, greutatea de 650 g, capul plasîndu-se în fundul uterului, pielea se acoperă cu perișori fini, intestinul conține meconiu, activitatea cordului permite auscultarea bătăilor inimii prin intermediul peretelui abdominal matern;

— la sfîrșitul lunii a VI-a fătul are lungimea de 25 cm cu o greutate de aproximativ 1 kg, cu o dezvoltare care îi permite supraviețuirea în afara uterului matern. Dar cum această supraviețuire nu este posibilă fără unele mijloace de monitorizare etc., nașterea acestui făt face parte din categoria avorturilor;

— la sfîrșitul lunii a VII-a fătul are lungimea de 40 cm și greutatea de 1 750 g, tegumentele se acoperă și mai mult cu „lanugo", țesutul celular subcutanat este relativ dezvoltat și cum partea posterioară a corpului este bine dezvoltată, de data aceasta fătul se reorientează (culbuta fetală) cu această parte spre fundul uterului și cu capul spre col;

— la sfîrșitul lunii a VIII-a fătul are lungimea de aproximativ 45 cm și greutatea de 2 500 g, prin creșterea țesutului muscular și celular subcutanat, formele sale se rotunjesc;

— la sfîrșitul lunii a IX-a, „termenul" desăvîrșirii dezvoltării și a iminenței nașterii, fătul are o lungime de 50 cm și greutate de 3 250 — 3 300 g. La băieți testiculele sînt coborîte în scrot, iar la fetițe labiile mari acoperă vestibulul vulvar.

Pe parcursul sarcinii, în afara remanierilor mucoasei amintite într-un capitol precedent, tunica musculară uterină, cu cele trei straturi și în arcuri de spirală, se hipertrofiază și se dilată ajungînd să conțină fătul, placenta, lichidul amniotic.

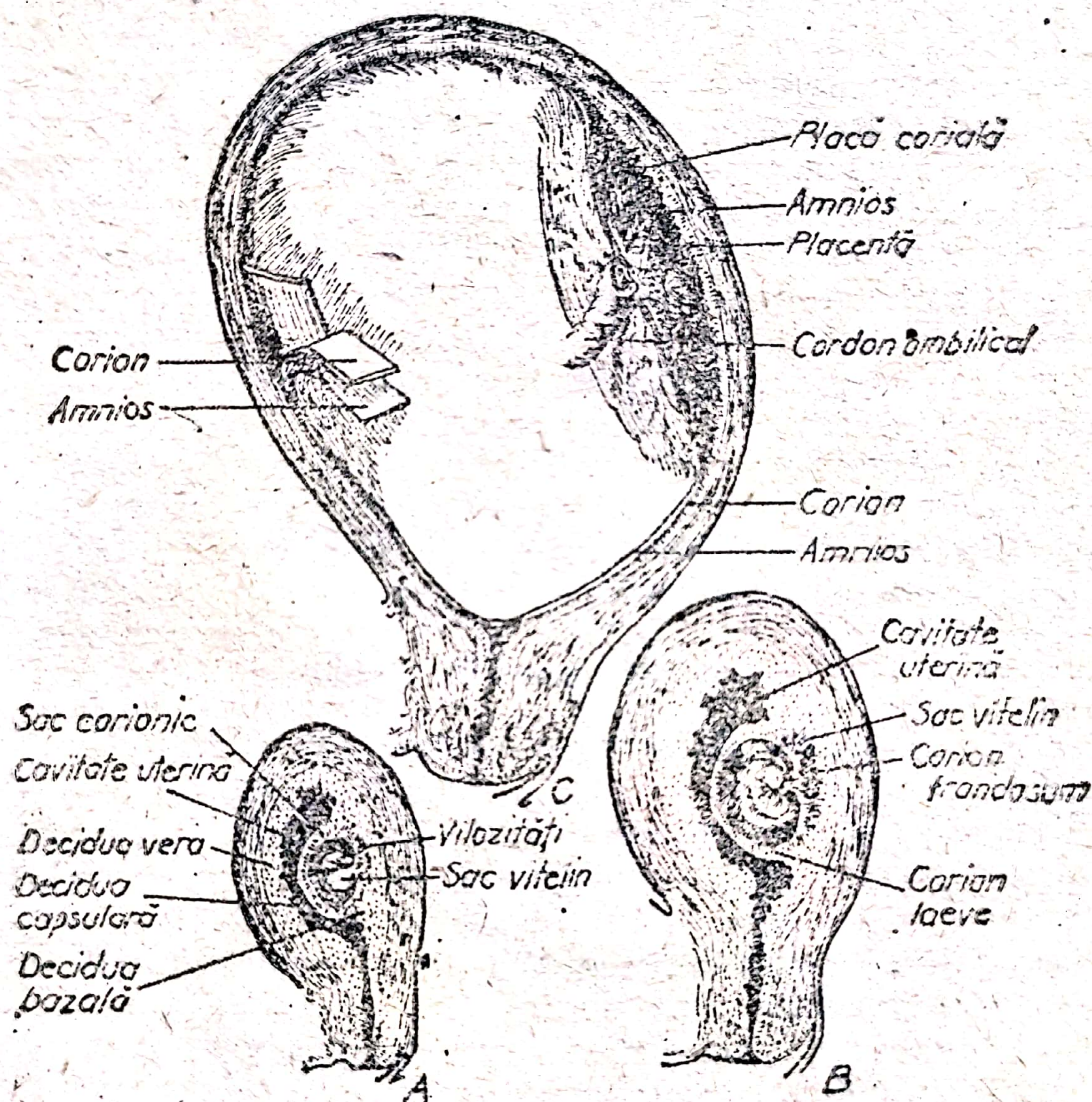


Fig. 76 — Secțiuni sagitale prin uterul gravid: A — la 4 săptămîni sacul corionic este acoperit uniform de vilozități; B — la 6 săptămîni vilozitățile au dispărut în decidua capsulară *(chorion laeve)* și au rămas numai vilozitățile luxuriante din decidua bazală *(chorion frondosum)* unde se va forma placenta; C — la 16 săptămîni membranele amniotică și corionică au fuzionat și aderă prin decidua capsulară atrofică la *decidua vera*; produsul de concepție și anexele sale umplu cavitatea uterină (după J.P. Greenhill și colab.).

Pe suprafața cavității uterine pe care s-a fixat oul se va forma placenta, organ de legătură directă între mamă și făt, care, pe lîngă asigurarea schimburilor metabolice și gazoase-respiratorii are și un rol hormonal, supleind ovarele în hormoni pentru menținerea sarcinii, precum și un rol de baraj imunitar asigurînd protecția fătului față de „reacția antigrefă" din partea mamei.

Acest organ cu multiple implicații are o structură complexă, crescînd în volum pînă spre ultimele luni de sarcină.

Sacul fetal, o foiță subțire de acoperire a fătului, amniosul, începînd din luna a II-a de sarcină secretă un lichid cu o compoziție complexă — lichidul amniotic care ajunge la 1 000 ml în luna a V-a și la 500—800 ml la sfîrșitul sarcinii.

Acesta are rol protector, amortizor față de traumatismele abdominale materne, asigură dezvoltarea, mișcarea fătului, este un mediu de depurare a urinii și meconiului fetal, are un rol deosebit în dinamica travaliului.

9.1.5. Nașterea

„Termenul" sau scadența este de 9 luni (270—280 zile). Stabilirea datei probabile a nașterii se poate face fie adăugînd la data contactului sexual fecundant 280 zile, fie adăugînd la data ultimei menstruații 270 zile.

9.1.5.1. Perioada de dilatare

La termenul amintit fătul are o așezare longitudinală, adică de-a lungul axei mari a uterului (fund-col), iar în această situație, în 95% din cazuri el are o „prezentare craniană" (în 5% o „prezentație pelvină" spre colul uterin). Mai rar, și cu unele inconveniente, prezentația poate fi și „transversală" cînd se cer anumite manevre obstetricale din partea medicului.

Perioada de dilatare în sine se caracterizează prin contracții uterine succesive, dureroase („durerile de naștere") de intensitate tot mai mare și la intervale tot mai scurte (la 20—30 minute, apoi la 8—10 minute, apoi mai frecvente), în decurs de cîteva ore. În cadrul acestor contracții uterine, fătul este supus unei presiuni concentrice, acesta „angajîndu-se" la strîmtorarea superioară a bazinului; colul uterin, sub distensia excentrică provocată de coborîrea capului fetal, își dilată canalul și orificiul cu 1—2 cm.

Spre sfîrșitul acestei perioade de dilatare se remarcă apariția la nivel vulvar a unei scurgeri sero-sanguinolente prin ruperea „pungii apelor" (amniosului). Uterul se contractă tot mai puternic sub impulsul unor mecanisme neurohormonale (ocitocina), colul uterin se scurtează, se incorporează la uter și se lărgește pînă la 11 cm permițînd coborîrea fătului (capului) pînă la strîmtoarea a bazinului matern.

9.1.5.2. Perioada de expulzie (degajarea)

Este nașterea propriu-zisă, însoțită de contracții uterine tot mai intense și mai frecvente, cu angajarea fătului în bazinul moale, însoțită de o senzație de presiune asupra vezicii și rectului și cu forțarea perineului, vaginului, vulvei. La aceste mecanisme ale expulziei participă și presa abdominală, prin contracțiile musculaturii striate.

Perioada de expulzie ca atare poate dura 40—50 minute la nulipare și 15—20 minute la multipare.

Pe perioada efortului de expulzie sînt solicitate toate sectoarele organo-funcțional-metabolice ale organismului matern (sistemul nervos, aparatul cardiovascular, respirator etc.), acestea cerind o observație și intervenție permanentă a medicului.

Terminarea nașterii se însoțește de o senzație de ușurare.

9.1.5.3. Perioada de expulzare a placentei

După expulzarea fătului în interiorul uterului mai rămîn placenta, cu o parte din cordonul ombilical și membranele fetale.

La 10—15 minute de la expulzia fetală uterul își reia contracțiile favorizîndu-se astfel clivarea și dezlipirea placentei de suprafața acestuia, creîndu-se între placentă și uter un hematom ce provoacă un nou val microhemoragic. În această situație, prin tracțiuni ușoare de cordonul ombilical beant vulvar și presiunea manuală transabdominală asupra uterului placenta se elimină în 15—20 minute. În caz că hemoragia dezlipirii acesteia de uter este mai mare, se așteaptă 40—60 minute pînă la „delivrența" acesteia.

După acest efort de „travaliu" care ține aproximativ 9—10 ore la nulipare și 2—3 ore la multipare, dintre care

perioada cea mai lungă aparține perioadei de dilatare, mama simte o relaxare, o satisfacție și chiar somn.

Numai maternitatea este aceea care transformă fata în femeie. O fată nu devine cu adevărat femeie, nici sub raport somatic nici sub raport psihologic prin simplul contact sexual ci numai atunci cînd devine gravidă, naște un copil, îl crește și îl educă.

9.2. FERTILITATEA

9.2.1. Fertilitatea feminină

Se apreciază că fertilitatea feminină optimă este între 20—30 ani, înainte și după această vîrstă existînd adesea unele dizarmonii endocrine care tulbură mai mult sau mai puțin eșafodajul neuroendocrin progestativ (cicluri anovulatorii).

Există de asemenea o evidentă implicație a anotimpurilor, temperaturii, luminii, alimentației etc. Unele studii demonstrează cu elocvență că cuplarea estradiolului și progestero-

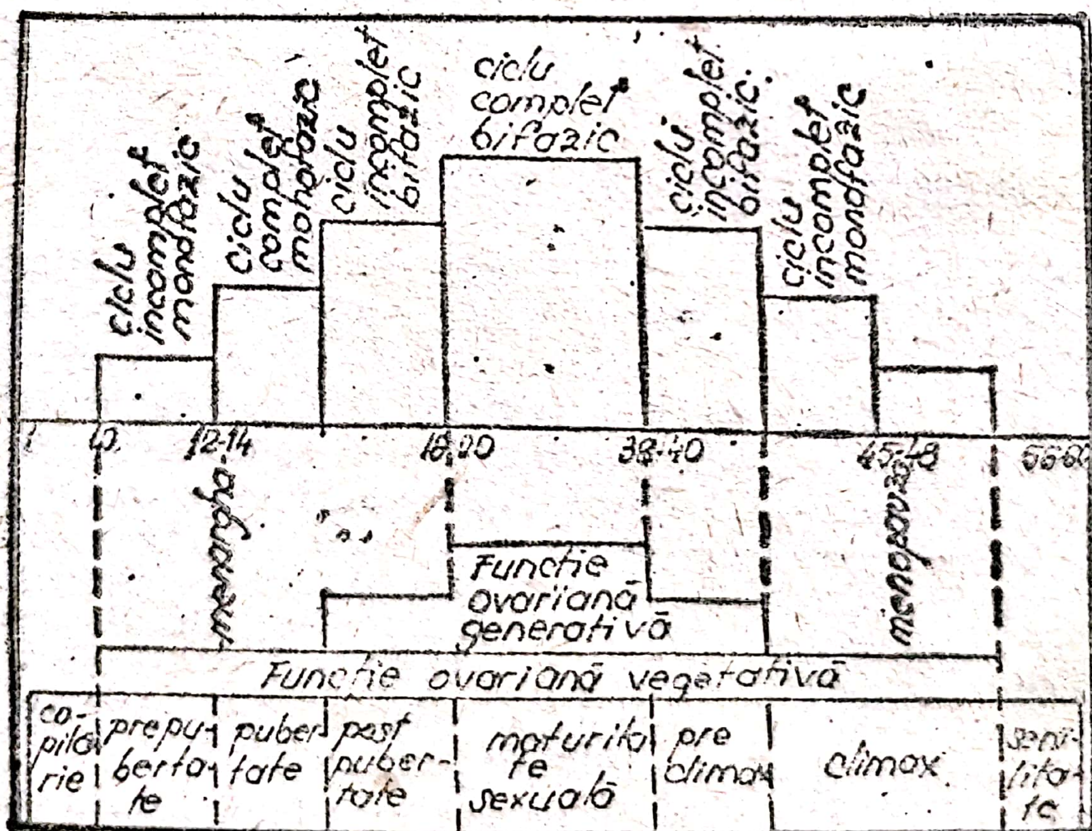


Fig. 77 — Perioadele activității ovariene (modificat după Tietze).

nului cu nucleii organelor receptoare specifice este direct dependentă de temperatură. Orice deviere în plus sau în minus de la temperatura optimă de 37°C diminuează acest cuplaj.

În lumina acestor realități putem înțelege mai bine de ce fertilitatea maximă a femeii este în lunile de primăvară și toamnă.

Este de notat că libidoul și fertilitatea feminină depind și de conjunctura endocrină: epifiză, hipofiză, tiroidă, suprarenale.

Dar cea mai netă demarcație între fertilitatea și infertilitatea femeii genito-gonadice active o oferă disponibilitățile sale fiziologice pe dinamica ciclului catamenial.

Fertilitatea feminină este dependentă fundamental de ovulație, aceasta producîndu-se la mijlocul ciclului, pe o perioadă de cinci zile, deci între zilele 12—16, calculate de la prima zi a ultimei menstruații.

Ținîndu-se seama însă că acest interval este doar o medie statistică și că la această disponisibilitate se implică și timpul de supraviețuire în trompe a spermatozoizilor (3 zile) intervalul fertilității se extinde între zilele 10—19 ale ciclului de 28 zile.

Cum însă există adesea cicluri mai scurte (de 23 zile) sau mai prelungi (42 zile) ca să avem în vedere doar extremele, perioada fertilității în aceste cazuri diverse se poate preciza după diagrama redată în fig. 78.

De o valoare relativă este și observația că fertilitatea feminină este marcată și de creșterea bruscă în ziua ovoluției a curbei termice. Dacă în mod normal curba termică pînă în ziua ovulației oscilează sub 37°, tot așa de normal este și faptul că odată cu ovulația și pînă la proxima menstruație curba termică prezintă oscilații de cîteva diviziuni peste 37°. Ciclurile anovulatorii nu prezintă această caracteristică.

Trebuie menționat însă că stabilirea perioadelor de fecunditate și de infertilitate fiziologică nu au o valoare absolută, cunoscînd că evoluția devine calendaristic variabilă în cazuri de stresuri diverse, contact sexual, astfel că se citează cazuri de sarcină survenite și după un contact sexual efectuat în timpul menstruației.

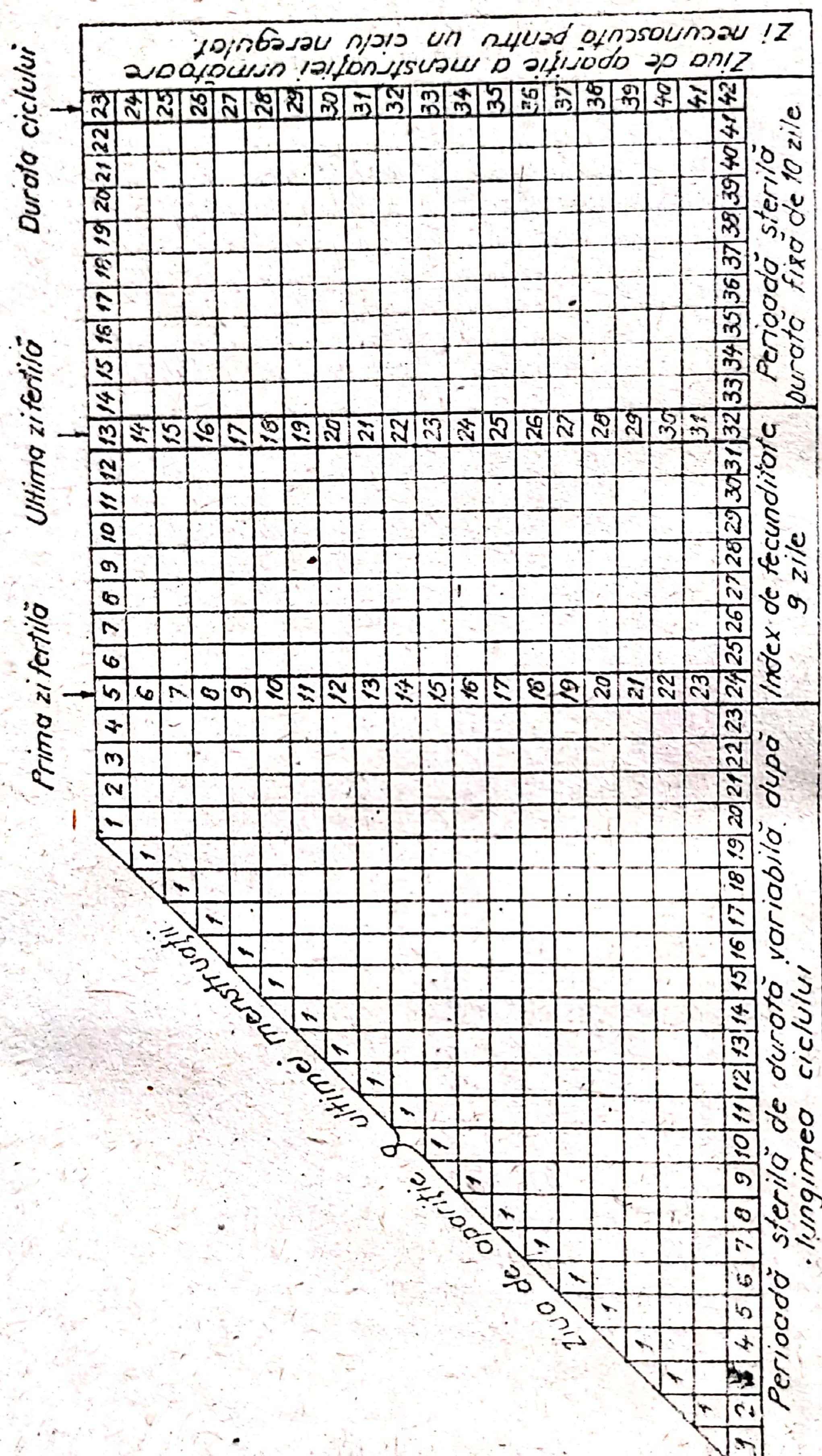


Fig. 78 – Determinarea perioadei de fecunditate şi a perioadelor de sterilitate fiziologică în decursul unui ciclu menstrual (în ultima zi a perioadei fertile a fost inclusă şi o zi durată de supravieţuire a ovulului).

9.2.2. Fertilitatea masculină

Fertilitatea masculină este condiţionată în primul rînd de cantitatea şi calitatea spermei dar şi de integritatea organelor genitale, capacitatea copulatorie şi alţi numeroşi factori, în parte comuni cu cei amintiţi la fertilitatea feminină.

— Volumul spermatic optimal este între 2,5—5 ml, orice concentrare sau diluare a spermatozoizilor în lichidul spermatic diminuînd fecunditatea.

În caz de tulburări marcate în dinamica ejaculatorie, cu ejaculare retrogradă a spermei în vezică poate diminua fertilitatea pînă la „sterilitatea ejaculatorie".

— Valorile normale ale numărului de spermatozoizi sînt de 60—120 milioane/ml spermă; scăderea numărului sub 60 milioane (oligospermie) duce la diminuarea fertilităţii.

— Motilitatea normală a spermatozoizilor, corespunzătoare vitalităţii acestora, condiţie de penetranţă pe conductele genitale feminine şi de cuplaj, capacitate fecundată a ovulului se apreciază a fi de 3 cm/minut (5—10 minute pentru a ajunge în canalul cervical; 5—15 minute pentru 1 cm în canalul cervical uterin).

O motilitate normală este considerată cînd 70—90% dintre spermatozoizi sînt mobili după două ore de la ejaculare şi cînd 15—20% dintre aceştia sînt mobili şi după 24 ore.

Cînd motilitatea se constată numai la 40—60% dintre spermatozoizi se vorbeşte de astenospermie (sub 40% astenospermie severă).

Temperatura ridicată scade vitalitatea spermatozoizilor, temperaturile scăzute favorizează această vitalitate. Vitalitatea spermatozoizilor depinde şi de compoziţia biochimică a lichidului spermatic, compoziţie condiţionată de fiecare glandă genitală anexă în parte (glanda Cowper, prostată, veziculele seminale şi, în primul rînd, de nivelul testosteronului testicular), aşa cum s-a arătat mai înainte.

În final, trebuie să amintim că vitalitatea spermatozoizilor este influenţată, favorabil sau defavorabil, şi de mediile biochimice şi fizice oferite de ductele genitale feminine (temperatură, pH, surse energotrofice etc.).

9.3. DETERMINAREA SEXULUI EMBRIOFETAL

Este încă o problemă nerezolvată căci, în determinarea sexului este implicată o constelaţie cu cel puţin 30 de factori,

printre care mai importanți ar fi: vîrsta mamei, vîrsta tatălui, timpul scurs de la căsătorie, momentul raportului sexual, frecvența acestuia, fecundația în cadrul ciclului catamenial, pH-ul vaginal, tipul de regim alimentar, tipul predominant de spermatozoizi (androspermatozoizi-Y sau ginospermatozoizi-X).

Iată și unele observații statistice, foarte relative și foarte disputate, cu valoare de probabilitate:

— creșterea frecvenței raporturilor sexuale ar mări probabilitatea determinării sexului masculin (Séguy);

— în cazul în care contactul sexual are loc cu cîteva zile înaintea ovulației sexului produsului de concepție va fi în majoritatea cazurilor de tip feminin; în cazul în care contactul sexual se produce foarte aproape de momentul ovulației sexul precumpănitor va fi de tip masculin (Benendo).

Argumentele acestei afirmații constau în faptul că spermatozoizii purtători de cromozomi Y (cu capul mai mic și coada mai lungă — androspermatozoizi) mai agili și mai rapizi, ajungînd primii în trompe, vor fecunda oul în sens masculin XY, dar în același timp ei sînt și mai sensibili, degenerînd în caz de neîntîlnire cu ovulul. În cazul ovulației tardive, spermatozoizii purtători de cromozomi X (cu capul mai mare, coada mai scurtă — ginospermatozoizi) mai lenți au toate șansele să fecundeze și mai tîrziu ovulul, în sens feminin (XX);

— alți autori mizează pe importanța pH-ului vaginal.

Se știe că secrețiile vaginale sînt în general acide, iar cele ale colului uterin alcaline.

În cazul cînd contactul sexual are loc cu 2—3 zile înaintea ovulației, cînd predomină secrețiile cu pH mai acid, produsul de concepție va fi o fată (ginospermatozoizii sînt mai rezistenți la un pH acid, supraviețuirea lor în acest mediu este de 2—3 zile; androspermatozoizii deși predominanți în spermă mor mai repede în acest mediu).

În cazul cînd contactul sexual are loc aproape concomitent cu ovulația, cînd secrețiile sînt predominant alcaline, desigur că androspermatozoizii mult mai numeroși și mai agili sînt favorizați în fecundarea oului, rezultatul fiind un băiat (Sheattles). În acest sens s-a căutat să se influențeze acest pH fie prin regimul alimentar al femeii, fie prin modificarea artificială a pH-ului local vaginal al acesteia.

9.4. AGRESOLOGIA PERINATALĂ

Mecanismele atît de complexe și în același timp atît de fine și gracile sînt tot așa de vulnerabile la numeroase condiții stresante asupra mamei și implicit asupra produsului de concepţie, compromiţînd sau anulînd gametogeneza și fecundația precum și, mai ales, fertilitatea, rezultatul fiind: avortul ovular, avortul precoce (embrionar), avortul tardiv (fetal), prematuritatea, distrofia, malformațiile, mortinatalitatea.

În situația în care factorii de agresiune se înmulțesc, este bine ca partenerii cuplului, medicii de diferite specialități, factorii economico-sociali să cunoască aceste realități, luînd măsurile de rigoare. Printre acești factori enumerăm:

— factorii de risc genetic, multipli și dificil de interpretat vor fi apreciați numai de medicii geneticieni în cadrul consultului premarital;

— factorii de risc implicați de dishormozoza de sarcină: patologia gonadostatului, disfuncţia biocatalitică a placentei (hormonală și enzimatică), tulburările hormonilor steroizi-sexoizi, iatrogeniile hormonale;

— factorii de risc implicați de dishormonozele perigonadice: bolile hipofizei (acromegalia, adenomul bazofil-Cushing, diabetul insipid); bolile tiroidei (hiper-, hipotiroidia, mixedem, gușă), bolile hiperparatiroidiene (captarea vitaminei D, calcitonina), bolile suprarenalei (sindromul Cohn, sindromul suprarenometabolic, sindromul suprarenogenital, sindromul Addison, feocromocitomul);

— factorii de risc implicați de mediul fizic: iradiațiile ionizante;

— factorii de risc nutrițional-dismetabolic: eredopatii metabolice, diabetul zaharat, hipoglicemiile, obezitatea, carențele factorilor metabolici, disvitaminozele, anemiile, dishidroelectrolitemiile, acidozele, alcalozele;

— factorii de risc infecţioși: bruceloza, citomegalia, coriomeningita, febra tifoidă, febra recurentă, gripa, hepatita virală, infecţia urinară, infecția chlamidică, leptospiroza, listerioza, malaria, mycoplasmatoza, rubeola, rujeola, toxoplasmoza, varicela, variola, stările toxico-septice;

— factorii de risc dermatovenerieni: ichtioza, sifilisul, herpesul genital, gonadocociile, sindromul imunodeficitar dobîndit (SIDA), dermatita papuloasă gravidică, impetigo-ul, lupusul eritematos diseminat;

— factorii de risc psihoemoționali: stresurile psihice majore, medicația psihopatiilor cronice, alcoolismul, tabagismul;

— factorii de risc din bolile viscerale: patologia cardiovasculară (malformații genetico-congenitale, stenoza boala mitrală, boala aortică, hipertensiunea arterială, cardiopatia ischemică, insuficiența cardiacă), bolile renale (congenitale, glomerulonefritele, sindroamele nefrotice, nefropatia lupică, tuberculoza renală, pielonefritele toxice), patologia pulmonară (boli congenitale, bronhopneumopatiile acute toxice, pneumopatiile cronice), patologia abdominodigestivă (boli congenitale, complicațiile ulcerului gastroduodenal, apendicita acută, ileusul mecanic, icterul colostatic etc.), bolile sanguine (anemiile, anemiile hemolitice, anemiile aplastice, sindroamele hemoragipare, leucemii-limfoame);

— factorii de risc obstetricali: nașterea prematură, ruptura prematură a membranelor, infecția amniotică, sarcini multiple, placenta *praevia*, beanța istmului uterin, decolarea prematură a placentei normal inserate, placenta extracardinală, ruptura uterină, patologia cordonului ombilical, hidroamniosul, toxemia gravidică, eritroblastoza, icterul grav congenital, anemia gravă congenitală etc.

Dacă agresiunile potențiale din acest repertor sînt foarte numeroase, validarea lor ca risc în fecundația și fertilitatea umană ține de faza, gravitatea, complicațiile majore ale bolii, de potențialitățile homeostatice generale ale mamei, de disponibilitățile morfo-funcționale ale placentei, de disponibilitățile mecanismelor de parare și adaptare ale produsului de concepție.

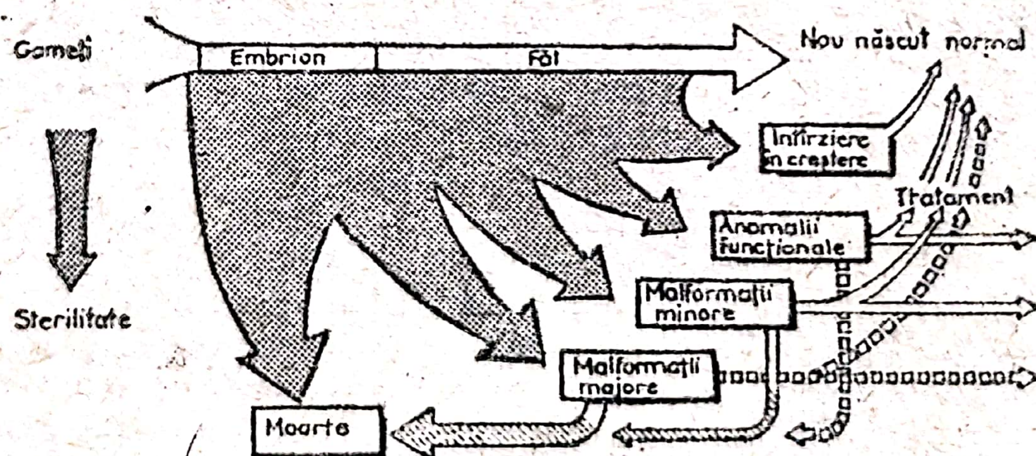


Fig. 79 — Reprezentarea schematică a acțiunii agenților teratogeni la diferite stadii ale reproducerii: gametogeneză, dezvoltare embrionară și fetală (după Haegel).

Astfel că, în aceste circumstanțe, este foarte greu și adesea riscant de a transpune mecanic fiziopatologia maternă în teritoriul placento-embrio-fetal.

Aceste realități pe lîngă doza de optimism pe care le incumbă, cunoscîndu-se adesea eficacitatea terapeuticii actuale, cer și o atenție și o cunoaștere aprofundată cel puțin a secvențelor cheie a implicațiilor fiziopatologice din patologia generală amintită.

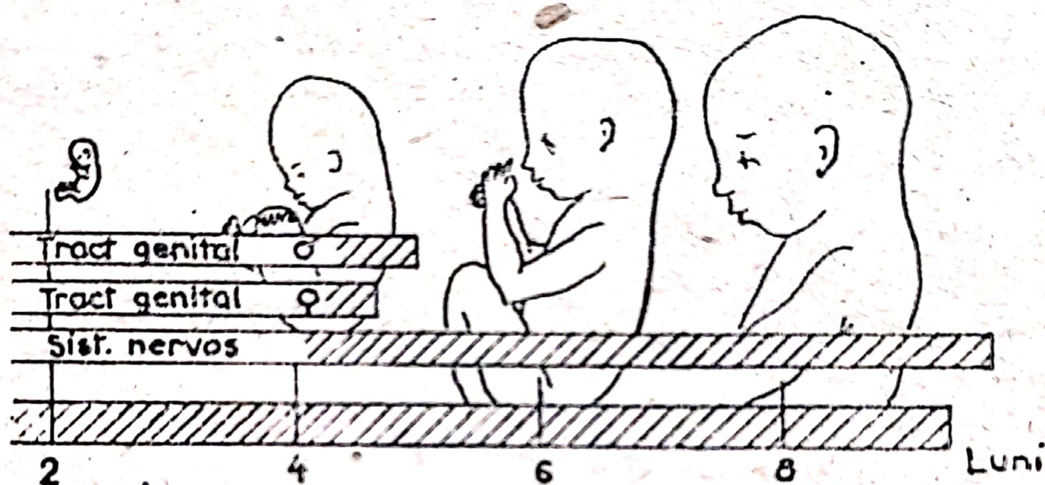


Fig. 80 — Stadii critice ale dezvoltării fătului uman (după Haegel).

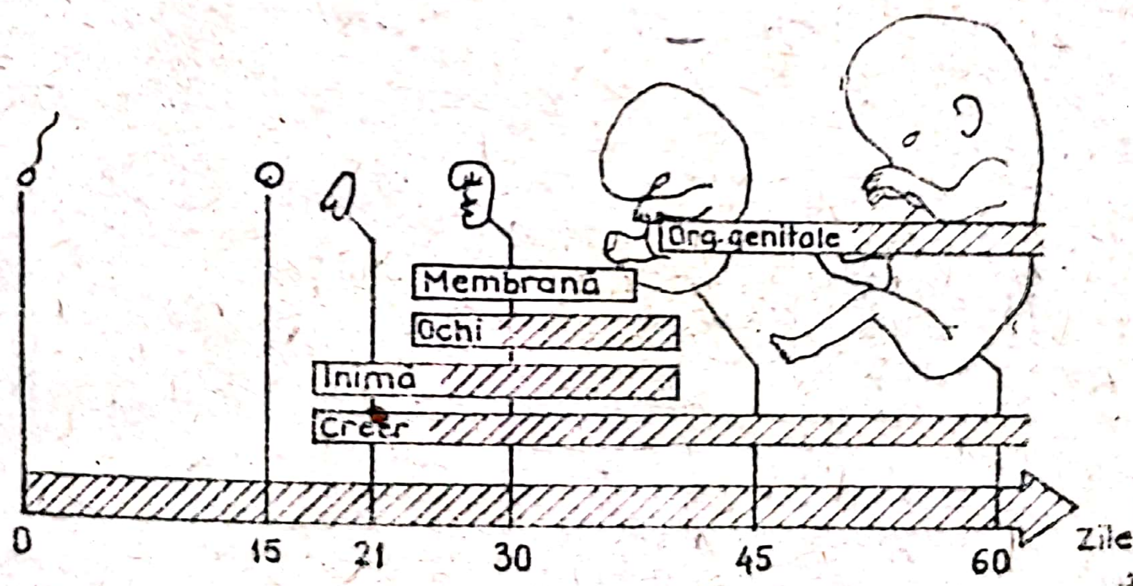


Fig. 81 — Stadii critice ale dezvoltării unor structuri și ale embrionului uman (după Haegel).

Gravida cu risc obstetrical crescut
(Alessandrescu D., 1976)

I. *Circumstanțe psiho-sociale*

1. Sarcină nedorită
2. Familii dezorganizate. Climatul afectiv neprielnic, venit redus, alimentație deficitară
3. Domiciliul femeii în zone geografice greu accesibile; fără posibilități de anunț telefonic, de transport de urgență
4. Nerespectarea prevederilor legislației de ocrotire a femeii gravide la locul de muncă
5. Iatrogene: omisiuni, erori de interpretare a unei patologii fruste sau a datelor anamnestice falsificate

II. *Factorii generali*

1. Vîrsta: primipare în grupele de vîrstă sub 20 ani și peste 35 ani
2. Marile multigeste sau numai multipare (chiar cu 3—4 nașteri eutocice în antecedente)
3. Înălțimea sub 1,55 m
4. Greutatea sub 45 kg
5. Hipotrofie genitală
6. Volum cardiac redus
7. Izoimunizare Rh sau de grup
8. Boli autoimune

III. *Antecedente ginecologico-obstetricale*

1. Ulcer cicatriceal (în special după operația cezariană corporeală)
2. Malformații sau tumori genitale (în special fibrom)
3. Sterilitate involuntară tratată
4. Operații plastice pe sfera genitală (prolaps, fistule, malformații, chirurgia infertilității) sau pe rect
5. Sarcini cu complicații (hemoragii, infecții, toxemii sau o naștere la mai puțin de un an de la data fecundării actuale)
6. Întreruperea intempestivă a cursului sarcinii (avort, naștere prematură)
7. Nașteri cu:
   — distocii mecanice
   — distocii de dinamică
   — hemoragii în delivrență
   — intervenții

8. Lăuzie cu sindrom infecţios sau boală tromboembolică
9. Din partea generaţiei progene:
   — născuţi morţi
   — decedaţi în perioada neonatală precoce
   — malformaţi
   — hipotrofie fetală
   — macrozomi
   — copii cu handicapuri

IV. *Boli preexistente sarcinii*
   — cardiopatii
   — boală hipertensivă
   — anemii
   — tulburări endocrino-metabolice (obezitate, prediabet, diabet, hiperparatiroidism, hipo- sau hipertiroidism
   — pneumopatii
   — nefropatii
   — infecţii cronice (tuberculoză, sifilis)
   — boli infecţioase: rubeolă, herpes, toxoplasmoză, listerioză, hepatită, colibaciloze, incluzii citomegalice
   — hepatita cronică
   — afecţiuni ortopedice: cifoscolioză, şchiopătare, anchiloze

V. *Intoxicaţii*
   — alcoolism
   — tabagism
   — medicamente
   — stupefiante
   — hidrargirism, saturnism

VI. *Sarcină complicată prin:*
   — distocii osoase
   — distocii de prezentaţie (inclusiv prezentaţia pelviană)
   — creşterea anormală (excesivă sau insuficientă) în greutate
   — triada disgravidiei tardive
   — infecţii urinare, vaginale, cutanate
   — creşterea anormală a volumului uterului (gemelaritate, oligoamnios, hidroamnios)

— hemoragii după a 20-a săptămînă a sarcinii
— incontinență cervicală
— fals travaliu
— incompatibilitate de grup sau Rh
— intervenții chirurgicale
— boli apărute în cursul sarcinii
— teste de explorare a potențialului biologic cu valori deficitare (colpocitohormonal, dozarea estriolului și hormonului lactogenic placentar, amnioscopia, amniocenteza cu rezultate defavorabile etc.)
— durata sarcinii în afara termenului normal

VII. *Factori intranatali*

— hemoragie recentă (placenta *praevia*, decolare prematură de placentă)
— boală intercurentă în evoluție
— ruptură de membrane de peste 6 ore, fără declanșarea contracțiilor uterine
— procidența de cordon
— travalii de peste 12 ore la multipare și peste 20 de ore la primipare
— suspiciune clinică de suferință fetală
— moartea intrauterină a fătului

Factorii principali care duc la riscuri fetale în primul trimestru al sarcinii (Aladjem, 1972)

Anatomici		
	Materni:	Sarcină tubară
		Malformații uterine
		Retroversie
	Fetali:	Defecte cromozomiale mari
		Molă
		Sarcină multiplă
Fiziologici		Trecere tubară rapidă (sau lentă)
		Invazie trofoblastică redusă
		Deficiențe de acid folic (folați)
		Deficiențe endocrine
		Pirexie maternă
		Hiperemezis gravidarum
		Spermă deficitară

Psihologici	Șoc psihologic Droguri
Terapeutici	Avorturi (tentative) Medicamente Rx
Infecțioși	Pirexia maternă Infecția virotică Alte infecții
Genetici	Mutații spontane Caracteristici moștenite Sex-linked maladii Talia maternă (mică)
De mediu	Statusul socio-economic Aport de minerale (și alimente)

Factorii principali care duc la riscuri fetale în trimestrul II al sarcinii
(Aladjem, 1982)

Anatomici	
Materni	Anomalii uterine Incompetență cervicală
Fetali	Anomalii majore Hidroamnios acut Sarcină multiplă Placentație deficitară
Complicații materne	Incompatibilitate Rh Maladii cardiace cianogene Hipertensiune Boli renale Pirexia Infecții urinare Accidente (rutiere etc.) Anoxia în eclampsie Anoxia în epilepsie
Infecțioși	Virusuri Poliomielita bulbară Hepatita Sifilis
Genetici	Amniocenteza
Cauze necunoscute	Moartea intrauterină

Factorii principali care duc la riscuri fetale în trimestrul III al sarcinii (Aladjem, 1972)

Anatomici	Prezentații vicioase Complicații de cordon ombilical Placenta *praevia*
Complicații materne	Hipertensiune Incompatibilitate Rh Diabet Tireotoxicoză Boli autoimune
Infecții	Virusuri și alte infecții Pneumonie intranatală
Nutriționale	Deficit de proteină Deficit de Fe *Abruptio placentae* Medicamente antibacteriene
Terapeutice	Tetraciclină, droguri antitiroidiene, corticosteroizi, anticonvulsivante, anticoagulante
Condiții particulare sarcinii	Maladia hipertensivă Postmaturitate
Complicații fetale	Ruptură prematură de membrane Naștere prematură Hidramnios

Factorii principali care duc la risc fetal în travaliu (Aladjem, 1972)

Anatomici	Compresiune cardiacă Prezentație vicioasă Prolabare de cordon Prezentație pelviană Placenta *praevia* *Abruptio placentae* Țesuturi moi rigide Sarcini multiple Hemoragie fetală Compresiune placentară Făt excesiv de mare

Fiziologici	Deshidratație Ketoză Acidoză fetală Tahicardie posturală
Complicații materne	Eclampsie
Iatrogenici	Depresiune sedativă Hipertensiune a anesteziei Anoxia de anestezie Travaliu prelungit Ventuză Forceps Oxitocin
Uterini și placentari	Inerția — hipertonia Tulburări de circulație

Riscurile recidivante în unele sarcini cu risc crescut
(Pernoll, 1980)

Cauza de risc	Procentul aproximativ al primei apariții (%)	Procentul aproximativ al recidivei (%)
Preeclampsia-eclampsia	2—10	25
Dezlipirea placentei	1,2	10—17
Placenta *praevia*	0,5	4
Prezentare pelviană	3— 4	14

Bibliografie selectivă

Alessandrescu D. — Biologia reproducerii umane, Ed. Medicală, București, 1976
Grigorescu A. — Receptorul endocrin, Ed. Academiei R.S. Romania, București, 1983
Hoffman L.H. — *Biol. Reprod.*, 1978, 18, 148
Ionescu B., Dumitrescu C. — Sexualizarea normală și patologică, Ed. Medicală, București, 1971
Kessler A., Stanley C.C. — Les recherches sur la reproduction humaine et la planification familiale, Chronique OMS, 1974, 28, 604

Laychrocks Rubin R.P. — *J. Steroid Biochem.*, 1977, 8, 663
Măicănescu M., Săhleanu V., Ionescu B. — Probleme de sexologie masculină, Ed. Medicală, București, 1978
Milcu Șt., Măicănescu M., Grigorescu M. — Andrologie clinică, Ed. Acdemiei R.S. Romania, București, 1971
Nechifor M., Tașcă S., Babeș Liliana — Leucotrienele Ed. Medicală, București, 1984
OMS — *Rapp. Sci. techn. Genève*, 1968, 397
OMS — *Rapp. techn. Genève*, 1970, 461
OMS — *Rapp. techn. Genève*, 1971, 473
OMS — *Rapp. techn. Genève*, 1975, 575
Pitiș Marcela, Grigorescu A. — Hormonii și sexualitatea, Ed. Științifică, București, 1966
Teodorescu Exarcu I. (sub red.) — Fiziologia și fiziopatologia reproducerii umane, Ed. Medicală, București, 1971

10. Sterilitatea

Perpetuarea speciei este asigurată de următoarele două aspecte ale sexualității :

— actul fecundației care presupune capacitatea calitativă de producere a gameților (spermatozoid și ovul) de către genitori (bărbat-femeie) și contopirea acestora la nivel de genom (amfimixia) ;

— fertilitatea care este capacitatea cantitativă a fecundației de conservare a zigotului (oul fecundat) în căile genitale interne pînă la nidarea în mucoasa uterină și de întreținere-dezvoltare trofometabolică uterino-placentară.

Acestea sînt asigurate de ovar cu cei aproximativ 300—400 foliculi ovulatorii și de testicul prin miliardele de spermatozoizi, elaborați în decurs de aproximativ trei decenii de activitate sexuală.

Sterilitatea definește incapacitatea gametogenetică a cel puțin unuia din genitorii cuplului, imposibilitatea ca cei doi gameți să se întîlnească și să se contopească (infecunditate), ca și imposibilitatea de a menține produsul de concepție rezultat din fecundație (infertilitate).

Se consideră un cuplu steril cînd partenera nu realizează sarcina după cel puțin doi ani de la căsătoria (fără intervenția anticoncepționalelor etc.).

După unii autori șansa de gravitate la un cuplu normal este de 20% în prima lună, 50% după primele 6 luni și 90% în primul an.

Sterilitatea feminină este implicată în 60% din cazuri, iar cea masculină în 40%.

10.1. STERILITATEA FEMININĂ

Procrearea este asigurată de intrarea în joc la timp și eficient a diverselor secvențe morfofuncționale care asigură fecunditatea și fertilitatea:

— recepția normală de spermă, condiții fiziologice care să asigure mobilitatea și ascensiunea utilă a spermatozoizilor;

— ovogeneza, ovulația ritmică;

— captarea ovulului de pavilionul tubar, fecundarea în treimea externă a trompei;

— oul normal genetic, segmentarea lui normală, migrarea lui intratubară spre cavitatea uterină;

— nutriția oului în cavitatea uterină pînă la nidație, nidație corespunzătoare;

— menținerea corpului galben de sarcină.

Sterilitatea este indusă prin următoarele etiopatogenii:

— afecțiuni ale gonadelor-gonoforilor;

— afecțiuni ale canalelor genitale, a căilor de vehiculare a gameților;

— afecțiuni autoimune;

— alte cauze.

Sterilitatea prin:

10.1.1. Afecțiunile primare ale gonadelor-gonoforilor

— Afecțiunile primare apar ca urmare a tulburărilor structurale genetice și/sau congenitale ale sistemului gametogenetic sau a tulburărilor cîștigate în viața extrauterină.

— Afecțiuni congenitale: disgenezia gonadală pură (agenezia gonadală), sîndromul Turner feminin (anovarie), sindromul ovarelor paupere, disgenezia monoovariană, sindromul ovarelor afuncționale (sindromul Krotz), testiculul feminizant (fenotip feminin, genotip masculin).

— Afecțiuni dobîndite: chistul folicular prin exces de FSH, chist luteinic, sîndromul polichistic Bourg, tumorile ovariene, inflamațiile ovariene, endometrioza ovariană, castrarea, iradierea, citostaticele.

10.1.2. Afecțiunile secundare

Sînt consecința unor perturbări ale funcțiilor neuroendocrine ale gonadostatului sexual, la nivelul ariei mediane a hipotalamusului cu tonusul său permanent sau a hipota-

lamusului hipotalamohipofizar (Gn-RH; FSH/LH), cu secreția necontrolată de estradiol-anovulație-sterilitate. Această sterilitate este dată de următoarele identități viofuncționale:

— dereglări funcționale ale gonadostatului prin tulburări endocrine, metabolice etc.;

— leziuni hipotalamice prin tumori, inflamații, traumatisme;

— leziuni hipofizare prin tumori, inflamații, necroze vasculare, traumatisme;

— tulburări endocrine asociate.

Sterilitate prin afecțiuni hipotalamice (secreția Gn. RH dereglată sau absentă):

— Displazia olfacto-genitală (sindromul Morsier-Kallman) cauzată de un hipogonadotropism; se manifestă cu amenoree, sterilitate, anosmie.

— Anorexia nervoasă, cauzată de lipsa descărcării de LH (dozările FSH/LH normale). Se caracterizează prin refuzul alimentației, tulburări minime de sexualizare (amenoree, sterilitate) în cadrul unor tulburări psihice.

— Sindromul amenoree-galactoree postpartum (sindrom Chiari-Frommel).

— Sindrom amenoree-galactoree simplu (Sargonz și del Castilio), cauzat de inhibiția Gn-RH și PIF cu hipersecreție de prolactină.

— Sindromul ovarelor polichistice, cea mai frecventă cauză a sterilității feminie — 80%). Se caracterizează prin FSH normal, LH crescut, prolactina normală sau crescută.

— Sindromul Simmonds sau cașexia hipofizară este un sindrom hipofizar pur, global, cu consecințe pluriglandulare.

— Sindromul adiposogenital, caracterizat prin dismorfism somatic și hipotrofie gonadică.

— Sindromul Lawrance-Moon-Biedl se caracterizează prin hipogonadism-obezitate-malformații congenitale.

— Sterilitatea prin afecțiuni hipofizare (deficit sau absența de gonadostimuline — FSH și LH).

— Insuficiența hipofizară postpartum (sindrom Sheehan) — parțială sau totală — se instalează după sarcină, prin leziuni vasculare hipofizare. Se remarcă răspunsul insuficient la stimularea LH-RH.

— Tumorile hipofizare secretante, cu celule eozinofile: gigantism, cu celule acidofize, acromegalie, cu secreție prolactinică.

— Tumorile hipofizare nesecretante cu compresiune mecanică distructivă hipofizară.

Sterilitatea prin tulburări asociate — endocrine:

— Hiperandrogenia corticosuprarenaliană: congenitală sau dobîndită (tumori), sau în cadrul sindromului Cushing, prin transformarea polichistică a ovarului și inhibiția politrofă hipofizară.

— Hipotiroidiană: sterilitatea este foarte frecventă, explicată prin tulburările corpului galben, de maturație a foliculilor și de troficitate a mucoasei uterine. Se întîlnește mai mult la tiroidectomizate, iradiate la care apare galactoree, prin exces de TRH și PRF.

— Hiperparatiroidismul, cu hipoplazia mucoasei uterine.

Sterilitatea prin tulburări metabolice:

— Diabetul: sterilitatea primară în diabetul juvenil prepuberal și secundară după avorturi repetate, toxemie gravidică etc.

— Obezitatea rezultată din conversia crescută la periferie a andostendiolului în estrogeni cu și inhibiție secundară hipotalamo-hipofizară.

— Malnutriție, din carențele majore de aport sau secundar metabolice (ciroze, scleroze renale, cardiopatii cianogene)..

Sterilitatea prin factori imunologici:

În cuplurile sterile (70%) față de cele nesterile (10%) s-au putut constata anticorpi antispermatici (spermaglutinine). Acești spermatozoizi cu anticorpi au o mobilitate slabă și sînt blocați de mucusul cervical uterin.

Se citează șocul anafilactic la femeile cu anticorpi în plasma germinală.

Sterilitatea prin afectarea ductelor genitale (afectare lezională):

— De cauză vulvară, vaginală, cervicală (gentice): atrezia membranei himenale cu imperforarea orificiului himeneal; agenezia vaginală, agenezia cervicoistmică, septuri vaginale, imperforația colului, uterul unicorn, uterul bicorn, uterul septat, hiperanteflexia și hipoplazia uterină, endometrita, fibromul, sinechiile uterine.

— Funcţional-cîştigate: inflamaţii (gonoree, tbc), timoza pavilionară, infantilismul şi endometrioza tubară.

Prin modificări de pH (hiperestrogenie), infecţii vaginale, impotenţa coeundi (spasme vaginale, emotive, alergice, exo-, endocervicite cu displazii de col, anomalii cantitative şi calitative ale glerei cervicale (insuficienţă ovariană, infecţie, anticorpi, atrezia endometrială — prin insuficienţa estroprogesteronică), hiperplazia glandulo-chistică endometrială (hiperestrogenism), decidualizarea endometrială (hiperprogesteronism).

Sterilitatea avorturilor spontane genetice

Avorturile spontane nesesizate (ovulare) sau precoce, sesizate (embrionare) sînt cauzate de unele aberaţii cromozomiale ale produsului de concepţie.

Sterilitatea avorturilor spontane disendocrine de cauze suprarenaliene, tiroidiene (cu exces de testosteron, glucocorticoizi, insuficienţă progesteronică etc.).

Sterilitatea fiziologică infantilă şi la vîrsta pubertăţii şi perigestaţie ovulară.

Sterilitatea intenţional-eludantă: cuplajul în afara perioadei de ovulaţie *(coitus reservatus)*, coitul protejat de mijloace contraceptive *(coitus preservatus)*.

10.2. STERILITATEA MASCULINĂ

Pentru a vorbi de sterilitate, bărbatul trebuie să nu dispună de spermatogeneză, de integritate morfofuncţională ductular ejaculatorie (impotenţă generală) şi de o dinamică acuplatorie normală (impotenţă).

10.2.1. Sterilitatea primară prin orhidisgenezie globală complexă congenitală:

— *Pseudohermafroditismul masculin:*

● cu fenotip masculin: sindrom Turner masculin, sindromul Klinefelter, sindromul testiculelor rudimentare, anorhidia.

● cu fenotip intersexuat: disgenezia monoorhitică, sindromul Royer, sindromul Gordon-Overtedl, sindromul Reifenstein, sindromul Fraser, sindromul Smith-Lemli-Opitz, sindromul Opitz, sindromul Praderwilli, trisomia 18, trisomia 13.

— *Disspermatogenia (sindromul del Castilio):* este aplazia celulelor germinale, la un testicul cu tubi imaturi cu afectarea celulelor Sertoli.

— *Disspermatogeneza:* este sterilitatea rezultată din blocarea trecerii de la spermatocitul I la II și trecerea de la spermatidă la spermatozoid.

10.2.2. Sterilitatea secundară (hipotalmo-hipofizară)

Sterilitatea prin leziuni hipotalamice

— congenitală: hipogonadismul hipogonadotrop, sindromul Kalman-de Morsier, sindromul Lawrance-Moon-Biedl;

— dobîndită: include toate leziunile care conduc la o insuficiență de Gn-RH (și secundar la goandotropi) ca: meningita tuberculoasă, toxoplasmoza, vascularite necrotice, sarcoidoză, histiocitoză, tumori și traumatisme diencefalo-hipofizare.

Sterilitatea prin leziuni hipofizare

Diverse leziuni duc la tulburări în secreția gonadotropilor ca: tumori secretante de STH (acromegalie), ACTH (sindromul Cushing), de PRL (prolactinom), tumori nesecretante (adenomul cromofob), insuficiențe hipofizare, traumatice, chirurgicale, ionizante.

Sterilitatea prin endocrinopatii multiple

Prin exces de glucocorticoizi (sindrom Cushing) sau iatrogen-terapeutic, prin exces de androgeni (tumori, iatrogen), boala Addison, exces de estrogeni (tumori suprarenaliene, iatrogen-terapeutic), insuficiență tiroidiană severă.

Sterilitatea metabolică

— în special diabetul juvenil; în primul rînd prin leziunile vasculare se poate instala sterilitatea datorită alterării celulelor Leydig, oprirea în maturație a celulelor germinale, atrofia tubilor seminiferi;

— obezitatea poate fi incriminată mai mult prin disendocrinismul care o generează;

— carențele multiple alimentare sînt excepționale în zona și în timpurile noastre;

— în boli viscerale grave: hepato-reno-cardiace;

— în afecțiuni neuropsihice grave.

10.2.3. Sterilitatea dobîndită

— *Cauze infecțioase:* tuberculoza (rară), bruceloza? sifilisul?

— *Traumatice:* chirurgicale (testicul sau prostată), castrare rituală, torsiune de testicul.

— *Tumorale:* tumorile seminale (93%), seminomul, seminomul spermatocitelor, carcinomul embrionar, teratomul; tumorile stromei (cu celule Leydig, cu celule Sertoli, cu celule granuloase); iradierea testiculelor pentru aceste tumori.

— *Iatrogene:* chimioterapia anticanceroasă (citostatice): Vincristin, Clorambucil, Ciclofosfamidă, Melphalan, Disulfid etc.; antiandrogeni folosiți în tratamentul tumorilor de prostată, acnee etc.; estrogenii, progesteronul, cyproteronul, spironolactona, flutamide etc.; excitantele secretorii de prolactină; neuroleptice, ganglioplegice, opiacee; blocante ale mobilității spermatozoizilor: propranolol, nitrofuransulfasalazina etc.; intoxicații acute sau cronice cu: cadmiu, zinc, seleniu, mercur, anilină, DDT, tutun, alcool; stări febrile: la 39—40° spermatogeneza încetează — (fenomen reversibil); factori imunologici; spermatozoizii au o bogată paletă antigenică.

Anticorpii se formează fie în organismul propriu al bărbatului, fie în organismul femeii. Sînt de domeniul aglutininelor, blocînd mobilitatea și enzimatologia spermatozoizilor.

Sterilitatea excretorie (blocarea spermatoconductelor)

Epididimară, deferentprostatică: congenitală sau traumatică, infecțioasă, tumorală, poate bloca migrația spermatozoizilor spre canalul deferent care, la rîndul lui, poate fi afectat prin aceleași etiopatogenii la fel diversele afecțiuni ale prostatei.

O mențiune specială trebuie acordată varicocelului care în cazurile mai avansate poate duce la sterilitate prin modificări enzimometabolice la nivelul testiculului.

Sterilitatea prin tulburări acuplatorii

Tulburări de libidou și erecție: anorexia sexuală cu erecție scurtă — impotență. Acestea sînt de cauze diferite, fie organice: vasculare (venoase, arteriale), neurologice (centrale sau medulare), metabolice (diabetul zaharat), endocrine (tulburări în secreția LRH, a gonadotropilor, a testiculului), medicamentoase (beta-blocante, psihotrope, anti-

histaminice etc.), fie psihice (nepotrivire temperamentală, defecte fizice ale partenerei — miros, plăgi, cicatrice, anxietate, situații de stres (prizonierat, detenție).

Tulburări de ejaculare: ejaculare retardată, absența ejaculării, de vîrstă, endocrinometabolică.

Bibliografie selectivă

Geormăneanu M. — Patologia indusă prenatal, Ed. Medicală, București, 1978

Ionescu B., Dumitrache C. — Sexualizarea normală și patologică, Ed. Medicală, București, 1987

Măicănescu M., Săhleanu V., Ionescu B. — Probleme de sexologie masculină, Ed. Medicală, București, 1978

Milcu Șt., Măicănescu M., Grigorescu N. — Andrologie clinică, Ed. Academiei R.S. România, București, 1971

Teodorescu Exarcu I. (sub red.) — Fiziologia și fiziopatologia reproducerii umane, Ed. Medicală, București, 1977

Stoica T. — Sexologie, Ed. Medicală, București, 1975

11. Tulburările psiho-somatice ale sexualității

11.1. APAREUNIA

Apareunia definește imposibilitatea realizării parțiale sau totale a activității copulatorii din cauza lipsei organelor genitale, malformațiilor congenitale sau cîștigate (traumatisme, intervenții chirurgicale).

11.1.1. Apareunia masculină

— *Absența congenitală a penisului* este extrem de rară. Unii indivizi cu structură dizarmonică, homosexuali care refuză sexul propriu, dar mai ales unii bolnavi psihici patenți ca schizofrenicii, catatonicii și delivranții cronici mistici pot recurge la autoamputarea peniană, autocastrare. Desigur că sînt rare cazurile cînd situații patologice (traumatisme, trombozante, tumorale etc.) impun amputarea chirurgicală a penisului.

— *Penisul malformativ* (hipoplazic, palmat etc.) face parte din diversitatea dismorfiilor congenitale.

11.1.2. Apareunia feminină

Vulva inaccesibilă: fenomen infirmizant cauzat de malformații congenitale sau cîștigate (posttraumatice, reumatisme deformante, tbc osos anchilozant etc.) în care coapsele sînt fixate în adducție.

Himenul impenetrabil: realizat de diferite malformații ale acestuia (imperforat, gros, fibros). Este un impediment reductibil printr-o mică intervenție chirurgicală.

Malformaţii vaginale: absenţa congenitală este foarte rară, adeseori alături de malformaţii uterine.

Relativ mai frecvente sînt vaginurile septate longitudinal sau transversal, scleroze avansate etc., de asemenea rezolvabile chirurgical.

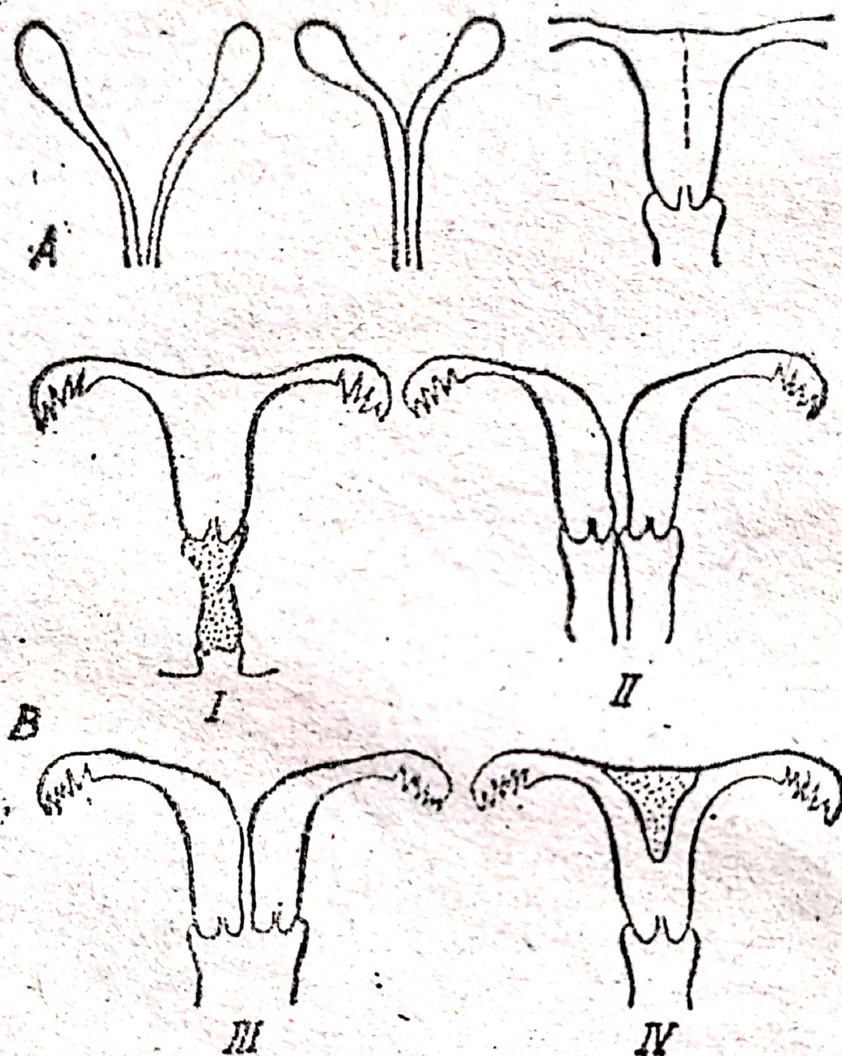


Fig. 82 — Anomaliile congenitale ale tractului genital feminin: *A* — acolarea canalelor Müller şi rezorbţia septului median; *B, I* — absenţa congenitală a vaginului; II — dublu uter şi dublu vagin; III — dublu uter şi unic vagin; unic; IV — uter despărţit prin sept median.

11.2. DISPAREUNIA

Dispareunia este disconfortul copulativ în care domină durerea, de durată şi intensitate variabile, care apare atît

la bărbat cît şi la femeie în timpul actului sexual, predominînd totuşi la femeie la vîrste foarte tinere sau la menopauză.

11.2.1. Dispareunia masculină

Este mai rară, avînd de cele mai multe ori un substrat organic.

Fimoza este o anomalie congenitală minoră reprezentată prin diminuarea cercului prepuţial cu imposibilitatea luxării acestuia pe glandul penian. Tratamentul este circumcizia chirurgicală.

Inflamaţiile dureroase ale organelor genitale şi anexelor: ca fimoza infectată, balanita, uretrita, prostatita, orhita banală, gonoreică, tuberculoasă sînt cele mai frecvente cauze ale dispareuniei masculine.

Priapismul (gr. Priapos = zeul fecundităţii) este o stare patologică cu cauză diversă în care penisul este menţinut într-o erecţie congestivă dureroasă şi prelungită, însoţită de accentuarea durerilor în caz de tentativă copulativă, adeseori însă însoţită de reducerea sau absenţa libidoului.

Maladia este foarte rară, relativ mai frecventă la bărbaţi între 20—50 de ani, excepţional la copii (în anemia falciformă). Mecanismul este esenţial vascular, funcţional sau organic.

În acest sens există priapisme intermitente, reversibile (pseudopriapismul) şi constante (priapismul propriu-zis).

Pseudopriapismul este cauzat de: psihopatii (delirurĭ erotice, traume psihice), cauze neurologice (encefalite, tumorile lobului temporal anterior, scleroză în plăci, tabes, tumori medulare).

Priapismul adevărat poate fi cauzat de: afecţiuni hematologice [leucemii — 25—30%; hiperplachetoze, anemii falciforme, hemofilie (rare)]; intoxicaţii cronice (plumb, oxid de carbon); obstacole mecanice [traumatisme, tromboflebite (sindrom Leriche), tumori ale corpilor cavernoşi]; colagenoze (induraţia plastică a penisului).

Ruptura şi luxaţia penisului sînt accidente foarte rare ale unor raporturi sexuale brutale.

„Penisul captiv" (vezi vaginismul).

11.2.1. Dispareunia feminină

Dispareunia psihofuncțională (5—10%) este condiționată psihogen mai ales la femeile depresivanxioase, fobice, isterice, cu deficiențe în procesul de identificare feminină; dispareunia deflorării sau de „rodaj" al tinerelor căsătorite, mai ales cu inadecvența dissomatică a organelor genitale copulative.

Dispareunia ginecologică: este cea mai frecventă, mai rar prin polipi, stenoze septo-vaginale, mai frecventă prin diversele procese inflamatorii: vulvare (bartholinite, herpes, craurozis vaginale), inflamații banale, trichomonazice, candidoze), cervicouterine (cervicite, rupturi de col, retroversie uterină), raporturi sexuale în timpul sarcinii înainte sau precoce (sub 6—8 săptămîni) de la naștere.

Dispareunia hormonală (din insuficiențe ovariene cu hipoestrogenism (menopauză, castrări, radioterapie).

Vaginismul: reprezintă o formă a dispareuniei provocată de o contractură reflexă și involuntară a perineului și a ridicătorilor anali, ceea ce face imposibilă copularea, cu dificultăți dureroase, sau chiar cu accidente („penisul captiv").

— vaginismul primitiv: la femeile cu hipersensibilitate a mucoasei vaginale (apare și la tușeul vaginal), vaginismul tinerei căsătorite (după o deflorare brutală), vaginismul dismenoreic însoțit de tulburări menstruale, vaginismul psihopatelor.

Personalitatea soțului prezintă o importanță considerabilă în apariția și evoluția acestei tulburări (ignoranță, brutalitate, egoism); în această situație, vaginismul poate fi socotit ca o maladie a cuplului;

— vaginismul secundar (simptomatic): la nevropate cu spina bifida; vaginismul alergic (însoțit de urticarie, edem Quincke vulvo-vaginal determinat chiar de spermă);

— vaginismul acut: este o formă dramatică relativ mai frecventă la tinerele căsătorite nevrotice, cu ocazia primelor contacte sexuale, adesea brutale, cînd contracția susținută a musculaturii pelvine poate face imposibilă intromisiunea peniană, sau odată acesta pătruns în vagin nu mai poate fi retras („penis captiv").

În această situație ștrangularea penisului determină o stază accentuată vasculară, edemațiere, durere foarte accentuată, fenomene ce se cer rezolvate de urgență prin intervenție medicală.

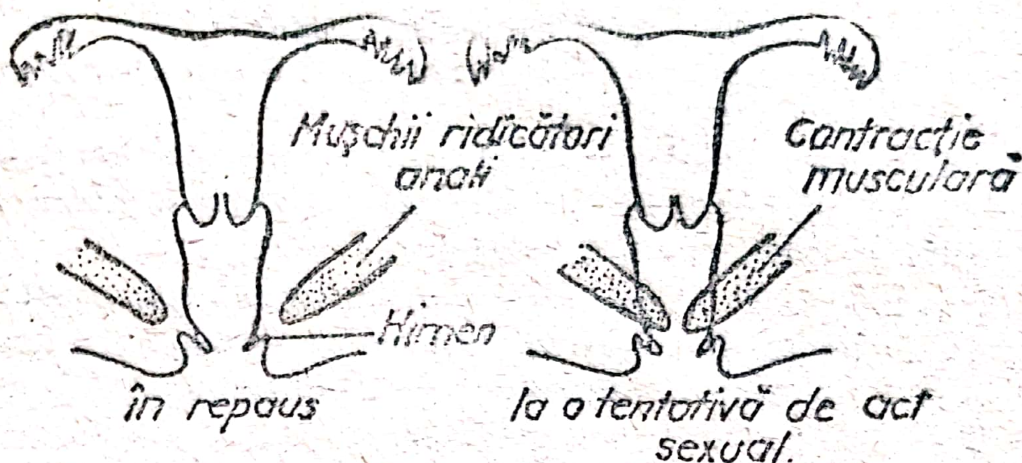


Fig. 83 — Mecanismul vaginismului (schematic) (după H. Michel-Wolfromm).

11.3. HIPERSEXUALITATEA

Este foarte dificil a o defini pe scara largă a intensității manifestărilor erotice, diferită de la un individ la altul, de la „temperamentul hipo- la hipergenital".

Ea poate fi considerată ca atare atunci cînd duce la agresivitate cu atentate la bunele moravuri.

Erotismul normal, la ambele sexe, depinde de factorii neuropsihici în conjunctură cu stimulii din mediul extern și factorii somato-endocrini reprezentați îndeosebi de secrețiile hormonale primar sau secundar sexoide.

Astfel hipersexualitatea poate fi masculină sau feminină predominant somatică (la pubertate) sau neuropsihică (la adulți), constantă sau episodică (primăvara, alimentație excitantă, subfebrilitate, hipoglicemie, intoxicații latente, scene erotizante, psihopatii).

11.3.1. Hipersexualitatea masculină

Hipersexualitatea predominant neuropsihică. Literatura generală, înaintea literaturii de specialitate a fixat deja unele tipuri, profiluri de hipersexualizare masculină neuropsihică.

„Don Juanismul" („Don Juan" — personaj legendar din cronicile evului mediu spaniol, seducător orgolios și cinic, uneori agresiv, direcționat de satisfacerea unei vanități triumfaliste în domeniul capacităților sale de seducție și sexuale, vanitate trăită și afișată față de cei din jur). Aceşti

bărbaţi la marginea perversiunilor sexuale, au cît mai multe relaţii sexuale fără investirea nici unui sentiment din ceea ce se numeşte iubire.

Manifestarea ar avea la bază un narcisism exagerat sau o compensare a fricii de a nu fi iubit, o expresie a isterismului masculin, o imaturitate sexuală.

„Casanovismul" (Casanova —aventurier venețian) este ilustrat de bărbatul adulat de mai multe femei, faţă de care însă el are un dispreţ neafişat, o răzbunare gustată rezultată dintr-un eşec amoros anterior.

„Satirismul" (Satyros, divinitate grecească cu chip de ţap) sau „aidomania" (grecescul aidoia = organe genitale, mania = nebunie) este ilustrat de bărbatul cu o stare de excitaţie sexuală permanentă şi inepuizabilă, fiind gata oricînd şi oriunde de un contact sexual.

Agresivitate sexuală: este manifestarea în care este implicată participarea diferitelor nivele ale personalităţii pulsionare, afective, cu atitudine şi comportament dirijate spre satisfacerea nevoilor sexuale, dar todeauna influenţate de factorul social.

Are la bază o neuroendocrinie hipotalamo-limfo-rinencefalică instinctuală, care depăşeşte armonia homeostaziei interne şi externe ca mijloc biologic de adaptare „normală".

Agresivitatea sexuală debordantă este însoţită, în grade diferite, şi de alte hiperfuncţii ale psihismului (joc, competiţii, producţii artistice, profesionale) sau în cazurile net patologice (tipul explosiv, epileptic, catatonic agresiv) aceasta se însoţeşte de stigmatele psihopatice respective.

Agresivitatea sociogenetică este alimentată de carenţele afective, blazare, educaţie negativă, însuşirea modelelor delictuale.

Hipersexualitatea predominant organo-somatică. Defineşte o hipertonie a gonadostatului hipotalamo-hipofizar cu hipersecreţie de *„releasing"* hormoni gonadotropi (RH-FSH/LH) şi hipersexualizarea organismului, hiperplazia gonadogenitală.

Hipergonadismele primare cauzate adesea de tumori gonadice sau suprarenaliene secretante de hormoni izosexualizanţi şi cu inhibiţia *(feedback* negativ) gonadostatului hipotalamo-hipofizar. Adesea aceste hipergonadisme sînt izodar, mai rar, pot fi şi heterosexuale, ducînd la dizarmonii intersexuale.

Se caracterizează printr-o pubertate precoce, precipitată şi o hipersexualitate foarte manifestă atît somatic cît şi gonadogenital, la nivelul tuturor sectoarelor de sexualizare.

Talia este în general la limitele inferioare ale normalului, dezvoltarea psihosexuală corespunzătoare vîrstei cronologice sau precocităţii patologice, tulburări ale libidoului şi dinamicii sexuale.

Hormonologic: hipersecreţie de testosteron 17 CS la bărbat şi hiperestro-progesteronemie la femeie.

Hipergonadismele secundare:

— Hipergonadismul constituţional este un hipergonadism constituţional normal, armonic dar precoce şi intens, datorită unei devansări funcţionale genetice hipotalamo-hipofizare.

— Hipergonadismul simptomatic caracterizat, ca şi cel constituţional, dar ca etiologie se recunosc dereglările hipotalamohipofizare cauzate de endocrinopatii diverse de corelaţie: tumori hipotalamice, epifizare (carioepiteliomul, hamartomul, neurofibromul, astrocitomul), infecţioase (encefalomeningite, toxoplasmoza, encefalopatii degenerative), displazia fibroasă.

— *Macrogenitosomia precoce* sau sindromul hipofizoepifizar (sindromul Pellizzi): în exclusivitate la băieţi, prepubertar, se manifestă printr-o afectare epifizară (pinocitonia, pineablastom, teratom) care derulează un lanţ patologic: melatonină-serotonină-inhibiţie RH-LH, RH, FSH.

Dezinhibiţia gonadostatului de sub frîna epifizară duce la hipergonadism.

Clinic se manifestă printr-o pubertate precoce, mai mult sau mai puţin complicată sub toate aspectele sale inclusiv psihosexualizarea şi capacitatea fecundantă.

Dezvoltarea tumorilor cerebrale îşi are tabloul propriu de hipertensiune intracraniană.

11.3.2. Hipersexualitatea feminină

Hipersexualitatea predominant neuropsihică

„*Hipersexualitatea*" feminină: constă într-o activitate sexuală ce depăşeşte media normală a grupului social din care fac parte aceste femei. Se manifestă printr-o exacerbare a sensibilităţii şi excitabilităţii, o labilitate psihoafectivă şi neurovegetativă exprimată, instinct matern diminuat

capacitate intelectuală şi fizică crescute, adesea la hipertiroidiene.

„Nimfomania" (uteromania, andromania, aidomania, bulimia sexuală), manifestată printr-o activitate sexuală excesivă, necontrolată şi insaţiabilă, fără criterii de selecţie a partenerului, fără criterii etice, morale, sociale, fără căutarea satisfacţiei sexuale propriu-zise, cu rezumarea la simplul contact fizic cu un bărbat sau cu cît mai mulţi.

„Erotomania": apanajul femeilor drogate sau cu tulburări psihice ale unor structuri dizarmonice; unele nevroze, manii, sau debutul unor schizofrenii cu un comportament sexual neobişnuit susţinut de unele diliruri erotice sau de forme de gelozie obsedante, chinuitoare. Adeseori la aceste femei delirul sau „povestea lor de dragoste" este presărată cu aventuri, rivalităţi, urmăriri confabulatorii.

„Complexul Diana" (grecescul Diana = zeiţa pădurilor şi a vînătorii): la femeile cu hipersecreţie androgenă, ovariană sau suprarenaliană; se manifestă cu o dorinţă inconştientă de a fi bărbat, au predilecţie pentru preocupări masculine şi manifestă anumite atitudini virile; cu o afectivitate diminuată mai ales în domeniul maternităţii, egocentrice, brutale şi chiar agresive sexual, cu crize de priapism clitoridian.

Hipersexualitate predominant somatică

Displazia fibroasă poliostotică sau sindromul Albright, mai frecvent la sexul feminin, atribuit hipertoniei hipotalamo-hipofizare congenitale; se manifestă prin pigmentări tegumentare extinse, tulburări osoase (osteoporoză, deformări, fracturi, hipotrofie staturală), tulburări de sexualizare precoce şi armonică.

Hipergonadismele de corelaţie:

— hipergonadismul din insuficienţa tiroidiană
— hipergonadismul hipertiroidian la copil
— hipergonadismul hipersomatic (gigantismul)
— hipergonadismul hipercortical metabolic sînt tulburări de corelaţie, prin intermediul hipotalamusului, cu fenomene de „macaz" favorizînd unele sisteme endocrine. Acestea pot dispărea odată cu abolirea crizei.

Hiperovaria dizarmonică: o tulburare morfofuncţională ovariană (exces estrogenic sau progesteronic) de cauză hipotalamică ce survine la femeia adultă, fără consecinţe majore somatosexuale.

Hiperestrogenismul

— „absolut" sau de hipersecreţie;

— „relativ" fără contracararea echilibrată de progesteron;

— „de recepţie" — hipersensibilitatea receptorilor la estrogeni;

— „de metabolizare" — prin tulburări catabolice hepatice:

—„iatrogen" administrare intempestivă terapeutică.

Se manifestă prin:

— mucoasă uterină hiperplazică sau endometrioză glandulo-chistică, congestivă sau tahi-poli-hiper-menoree-menoragie;

— congestii vulvare, pusee hemoroidale, varicoase, gingivoragii, epistaxis;

— mastoză glandulară cu mastodinie;

— retenţie hidrică, edem;

— tulburări neurovegetative;

— cardiovasculare: tahicardie, extrasistole, jenă precordială, variaţii tensionale, eritem vascular;

— digestive: constipaţie, dischinezie biliară;

— pulmonare: îngroşarea vocii, dispnee, crize pseudoastmatice;

— urinare: disurie, polachiurie;

— neuropsihice: hiperemoticitate, iritabilitate, capriciozitate, insomnii, labilitate psihică.

Fenomenele se produc premenstrual (molimen catamenial) sau la a 14-a zi (sindrom de pantă).

Hormonal se constată creşterea nivelului de RH-FSH hipotalamic sau scăderea progesteronului şi a RH-LH, sau niveluri normale datorită tulburărilor genetice ale receptorilor, sau niveluri crescute în insuficienţa hepatică.

Hiperluteinismul sau ovaropatia hiperprogesteronică este o dizarmonie prin secreţie excesivă de progesteron.

— glandele mamare: cresc în volum, se hiperpigmentează, secretă colostru;

— uterul se hipertrofiază, cu mucoasa hiperplazică, secreţie filamentoasă abundentă;

— tulburări menstruale: cicluri neregulate, metroragii;

— ovare: apariţia de chisturi luteale.

Hormonologic: progesteron la valori crescute şi RH-LH.

Hipersexualizarea izosexuală corticosuprarenaliană: Organ sexoidogenetic ambigen, în condiţii patologice (tumori)

poate secreta în exces un hemosexoid. Poate hipersexualiza individa pînă la inhibiția hipofizei (*feedback* negativ) cu inhibiția gonadotropilor. În acest caz hormonii sexoizi suprarenali preiau funcțiile sexuale ale gonadei inhibate.

În general apare sub aspectul unui hipercorticorticism metabolic: adipozitate facio-tronculară, hipertensiune arterială, acnee, alergie, hipospermie la băieți (fenomene rarisime la fetițe).

11.4. HIPOSEXUALITATEA

11.4.1. Hiposexualitatea masculină

Impotența

Este tabloul cel mai expresiv al hiposexualității masculine. Se definește ca o tulburare de dinamică sexuală electivă față de o anumită femeie; parțială — adică tulburarea unei anumite secvențe a actului copulativ și totală — adică ineficiența dinamicii sexuale în toate secvențele sale, față de orice femeie și cu caracter permanent.

Impotența electivă (psihogenă)

Energia pulsională sexuală, sub incitația factorilor externi specifici, are drept expresie calitativă un întreg registru de manifestări pozitive de la afect la sentimente (simpatie, satisfacție, entuziasm, extaz etc.) precum și pe plan organogenital — erecția.

Dar, tot așa, factorii de mediu în contextul relațional sexual de frustrare pot comuta energia pulsională spre o tensiune negativă: dezinteres, insatisfacție, refulare, dezgust, repulsie, ură etc.

Trebuie să se știe că jocurile de dragoste (de excitație) presupun participarea ambilor parteneri. Absența comuniunii prin gesturi, mîngîieri, cuvinte — în cadrul unei apropieri sexuale de „ocazie", cînd partenera e anafrodisiacă sau, din contră, hiperexcitabilă, lipsită de tact, dominatoare, ironică; anxietatea, sentimentul de culpabilitate, de frică într-un mediu neadecvat (prezența unei persoane străine, un zgomot neașteptat, sonerie etc.); un sărut cu exhalare respingătoare dintr-o gură neigienică; sau datorită unor afecțiuni cronice (ozenă, bronșiectazii, afecțiuni hepatointestinale, diabet etc.).

o lenjerie neigienică ce degajă mirosuri dezagreabile, toate aceste aspecte și multe altele pot duce la inhibiția sexuală electiv accidentală.

Aceasta mai ales în cazurile în care bărbatul respectiv se află sub influența unor factori educaționali, religioși; adolescenți cu frica începutului sexualității, cu tendință la ascetism și comutare spre practici ca Yoga, Zen; traumatizați psihic; hipocondri, fobici (fobia contractării de boli venerice — chipridofobia), isterici, psihastenici, schizofrenie incipientă, paranoici).

Toate aceste aspecte întregesc așa-zisa impotentă psihogenă, cea mai frecventă și cu sorții cei mai favorabili de curabilitate.

Impotența parțială. Constă în tulburarea unor anumite secvențe ale actului sexual: absența libidoului, tulburările de erecție, tulburările de intromisiune, tulburările de ejaculare, tulburările de orgasm.

Absența libidoului este cauzată, pe lîngă cauzele psihogene amintite, de insuficiențe endocrine (testiculară, hipofizară, tiroidiană) și de unele hipersimpaticotonii, maladii cronice, cardiace, pulmonare, renale, intestinale, diabet, intoxicații cronice (alcoolism, stupefiante etc.).

Tulburările de erecție: pe lîngă cele amintite pînă acum, o implicație deosebită o au afecțiunile cerebrale hipotalamice sau ale centrilor erectili medulari, leziuni cu întreruperea căilor nervoase centripete și centrifuge etc. leziuni trombozante ale aortei și terminațiilor sale (sindromul Leriche).

Tulburările de intromisie: constau în cedarea, flascizarea peniană înaintea sau în timpul actului copulator datorită tuturor etiologiilor amintite mai sus, alături de eventualele obstacole create de modificările anatomopatologice ale organelor genitale.

Tulburările de ejaculare ejacularea normală apar la 2-10 minute de la intromisiune (60-100 mișcări copulatorii). Frecvent însă ejacularea se produce precoce, înainte de intromisiune (anteportas) sau la 2-3 minute de la intromisiune.

Forma secundară poate surveni temporar selectiv, ținînd de hiperexcitațiile celor doi parteneri. Este o formă psihogenă benignă, mai mult la bărbații tineri la începutul vieții sexuale, în prezența unei sexualități forte dar labile. La bărbații în vîrstă poate premerge climacteriul viril cu scăderea testosteronului.

Formele secundare permanente țin de afecțiuni cerebrospinale, boli cronice viscerale, vasculare etc. și au un prognostic mai nefavorabil. Ejacularea fără erecție și chiar în afara excitației sexuale are, de asemenea, un prognostic nefavorabil.

Ejacularea tardivă se produce după excese sexuale, după consumul de alcool, voit prin distragerea atenției și prin deficiențe androgenice preclimacterice.

Ejacularea involuntară, spermatoreea, dacă nu este vorba de o prostatoree (prostatită) poate fi normală (poluțiile nocturne ale adolescenților) sau cu o semnificație gravă (debutul leucemiilor, intoxicații, tabes, mielite, paralizia generală progresivă, tumori medulare).

Impotența totală (predominant somatică). Este dată de sexualizarea fără atingerea nivelurilor normale, cuprinzînd formele de insuficiență gonadică survenite sau manifeste numai postnatal și definind sindroame clinice caracterizate în principal prin deficite de sexualizare cantitativă minoră. În acest sens există multe variante după tipul de gonadă, vîrstă de apariție, intensitatea insuficienței etc.

Etiopatogenia acestor aspecte este dată de afectarea primară a gonadelor (sindromul Klinefelter, sindromul Turner etc.) sau afectări gonadale secundare (neuroendocrine etc.)

Prin faptul că gonadele nu ajung să producă gameți sînt însoțite adesea de sterilitate.

Insuficiența gonadică din copilărie: în această perioadă gonadele nefiind active, nu există o expresie clinică, observîndu-se eventual unele tulburări de creștere în cadrul tulburărilor genetice de fond.

Insuficiența gonadică la pubertate: disgeneziile gonadale din etapa embrionară se precipită brusc sub impulsul gonadotrofic pubertar.

Agonadismul pubertar anulează apariția pubertății cu rămînerea caracterelor sexuale în structura lor infantilă la ambele sexe, dar mai evidentă la băieți (ginoid, eunucoid, piele ceroasă-cudată, pilozitate slabă, infantilism psihic).

Insuficiența gonadică postpubertară: caracterele sexuale dobîndite la pubertate nu mai retrocedează sau suferă o deplafonare.

La femeie se opresc menstrele, mamelele se atrofiază, cu depigmentarea areolelor, involuția organelor genitale, externe, scăderea estrogenilor cu creșterea gonadotrofinelor hipofizare.

La bărbat apare depilarea, dispariţia reflexului cremasterian, hipotrofie musculară, adipozitate de tip ginoid, scăderea testosteronului cu creşterea gonadotrofinelor hipofizare.

Hipogonadisme primare

— Anorhidia tardivă: individul are dezvoltarea şi testiculele normale, dar pe parcurs virează brusc şi sever spre involuţie orhitică prin extirpare chirurgicală (torsiunea cordonului, tumori, neoplasm de prostată, lezarea cordonului în intervenţia pentru hernie inghinală, castrare rituală sau punitivă).

Efectele sînt diferite, după perioada de vîrstă în care s-a produs anorhidia. În copilărie, pubertate, apare eunucoidismul cu creşterea prelungită, talie înaltă, hipertrofie staturală disarmonică (picioare lungi în „catalige"), scolioză, lordoză, genus valgum, craniul mic, tendinţă la obezitate, nediferenţiere sexuală secundară.

Absenţa hormonilor gonadici, cu hipersecreţia gonadotrofinelor hipofizare: testicule dispărute, uni- sau bilateral, după ce acestea au avut o dezvoltare normală. Fenomenul se produce prepubertar.

Sexualizarea pubertară este absentă, cu rămînere hiposexuată pe toate planurile.

Unele incidenţe familiale sugerează determinismul genetic.

— Sindromul Turner masculin — caracterizat prin hipoorhidism, sexualizare pubertară, organe genitale externe masculine, dar slab dezvoltate, hipotrofie malformativă morfologică (gît scurt, urechi jos implantate şi facies asimetric, nas înfundat, fantă palpebrală oblică, torace înfundat, *genu valgum, cubitus varus;* malformaţii cardiace, renale).

Dezvoltarea psihică retardată. Testicule ascensionate, criptorhidie, dure, insensibile.

Sexualizarea pubertară lipseşte, testosteronul scăzut, gonadotrofine hipofizare crescute.

Etiologic: probabil o tulburare genică în gonozomul Y.

Hipogonadisme secundare

Hipogonadisme hipogonadotrope: dereglarea gonadostatului hipotalamo-hipofizar face ca asistenţa gonadotropă, mai ales la pubertate, să fie insuficientă sau nulă.

Gonadele au o dezvoltare normală structurală dar insuficient stimulată de gonadotropi pentru a elabora hormonii sexoizi şi gameţi.

Cauzele sînt multiple: fiziopatologie disendocrină, tulburări genetice, tumori, leziuni vasculare, infecţii cu atingere nervoasă superioară (hipotalamo-hipofizară).

Hormonologic: gonadotrofine şi hormoni sexoizi scăzuţi.

Hipogonadisme hipogonadotrope hipotalamice

— Hipogonadismul solitar: în exclusivitate, prin defect genetic de elaborare a RH-FSH/LH. La ambele sexe are efecte asemănătoare: anularea morfogenezei de pubertate, cu deosebire tulburările de creştere în înălţime.

— Sindromul de Morsier: asociere între hipogonadism şi anosmie. Se pare că este foarte frecvent, cu deosebire în rîndul bărbaţilor (63%) (F: 41%). Morfotip eunucoid, infantilism genital (criptorhidie frecventă, amenoree), morfotip slab diferenţiat. Hormonologic: scăderea gonadotropilor şi a hormonilor sexoizi gonadici.

— *Sindromul Lawrence-Moon-Biedl-Bardet* este un hipogonadism secundar unei degenerescenţe diencefalice. Se caracterizează prin leziuni retiniene, cardiace, renale, osoase, obezitate ginoidă, polidactilie, hipotrofie staturală, retardare mintală. Este rar şi interesează mai mult sexul bărbătesc.

— *Sindromul Prader-Willi-Labhart* este extrem de rar, atribuit unor tulburări hipotalamice şi se caracterizează prin hipogonadism cu gonade aparent normale, obezitate, hipotonie, hipomentie.

— *Sindromul Del Castillo-Trabuco-Onativa* este exclusiv la bărbat, atribuit unei deficienţe a FSH/LH (RH-FSH/LH); se caracterizează prin hipogonadism pubertar, eunucoidism, hipoplazie genitală, sterilitate.

— *Sindromul adiposo-genital* (Babinski-Fröhlich) este o asociere între hipogonadism şi obezitate, mai frecvent la copilul de ambele sexe. Mai evident la băieţi, se manifestă prin hipotrofism al organelor genitale externe. La pubertate hiposexualizarea devine manifestă la ambele sexe cu acelaşi infantilism genital şi disformism adipos ginoid eunucoid. Discrinie hipotalamo-hipofizo-tiroidiană (LRH, TRH, CRF). Etiologic: tulburări hormonale, vasculare, inflamatorii, tumorale.

— *Microsomia hipofizară*: este nanismul armonic cu hipogonadism. Organele genitale externe au o dezvoltare proporţionată cu talia. Gonadele au caracter infantil. Pubertatea este întîrziată, lentă şi incompletă.

În general inteligenţa păstrată, cu o notă de puerilitate, cînd nu prezintă aspecte de insuficienţă tiroidiană.

Hormonal: scăderea hormonilor gonadici, suprarenalieni şi a gonadotrofinelor şi STH, ACTH.

Cauzele sînt hormonale, tumori, inflamaţii, dismetabolisme, traumatisme cu afectarea hipotalamo-hipofizară.

— *Panhipopituitarismul adultului*: fiind vorba de o insuficienţă totală a hipofizei, consecinţele se vor identifica la nivelul fiecărei glande endocrine inclusiv în ceea ce priveşte gonadele. Este o manifestare lentă, progresivă cu regresarea tuturor caracterelor sexuale secundare, dar şi cu stigmate somato-viscerale (tulburări cardiovasculare, hipotensiune, astenie-slăbire în greutate, tulburări de memorie, somnolenţă etc.).

Gonadele, cu tendinţă la regresie, sînt agametice şi hiposecretorii, ducînd la amenoree — sterilitate.

Hormonal: prăbuşirea hormonilor hipofizari şi pluriendocrini (STH, ACTH, TSH, LTH, FSH, LH).

Etiologia este vasculară (la naştere-sindromul Sheehan sau Simmonds), tumorală, radioterapică etc.

— Gigantismul hipofizar: o dezvoltare maximă în înălţime (1,90) relativ armonioasă, cu insuficienţă gonadică. Apare în copilărie şi se accentuează la pubertate, gonadele însă nu au acelaşi ritm de dezvoltare, uneori luînd aspectul general de eunucoidism.

Etiologia este dată de adenomul eozinofil hipofizar cu exces secretor de STH.

— Acromegalia: gigantism disproporţional somato-visceral, scheletat (îndeosebi la membre şi extremitate cefalică). Organele genitale externe hipertrofice, dar cu tulburări funcţionale evidente (amenoree, impotenţă), apoi atrofie. Cauza este dată de adenomul acidofil hipofizar. Hormonal: dereglarea secreţiei FSH/LH.

11.4.2. Hiposexualitatea feminină (frigiditatea)

Denumită şi anafrodizie, anestezia sexuală, anorgasmie feminină, este imposibilitatea realizării orgasmului în cadrul unui coit vaginal cu un partener heterosexual.

Deşi la femeie orgasmul nu are decît o semnificaţie hedonică, nefiind necesar fecundaţiei, cum este la bărbat, problema prezintă totuşi o importanţă personală cu implicaţii familial sociale, cu nemulţumiri, răceală, animozităţi între parteneri — cuplu fragil.

Importanţa problemei rezultă din diverse statistici care arată o frecvenţă la 30—50% dintre femei, iar frigiditatea asociată cu dispareunia şi cu neconsumarea actului sexual ar constitui 82% din tulburările sexuale feminine.

La fel ca impotenţa masculină, frigiditatea are intensităţi şi nuanţe diferite, în funcţie de factorul individual ce dă coloratura anafrodiziei. Cînd se mai asociază şi cauzele ce ţin de partener, se profilează complexitatea deosebită a problemei.

Femeia care nu are o experienţă sexuală şi nu a simţit niciodată satisfacţia orgasmului, nu se sesizează ca atare, se consideră în limitele normalităţii. Dar mai curînd sau mai tîrziu îndeosebi la reacţia partenerului, se sesizează de acest defect.

Ca şi la bărbat, frigiditatea feminină este rezultatul intricării în proporţii inegale a celor două grupe mari de etiopatogenii: de origine predominant psihică cu cele de origine predominant somatică.

De asemenea ea poate fi de grade diferite. O formă bine suportată de femeie este frigiditatea totală sau completă. Fără nici o senzaţie, femeia nu ia parte la actul sexual, totul devine ceva mecanic, lesne de mimat pentru salvarea unor aparenţe pe o bună perioadă de vreme.

Alteori în cadrul unei frigidităţi parţiale, femeia prezintă rudimente de excitaţie sexuală, are libidou, dar acesta nu atinge pragul orgasmului. Aceste femei suportă mai greu situaţia, devin neliniştite, cu consecinţe psihoreactive şi chiar organice în sensul că organele genitale congestionate rămîn sub tensiune cu dureri lombare, pelvine etc. În aceste cazuri cînd manevrele clitoridiene de autoerotism nu reuşesc să obţină tensiunea, femeia caută satisfacţii în afara cuplului, cu consecinţele respective pe toate planurile.

Frigiditatea predominant psihogenetică

Se ştie că receptivitatea şi dorinţa femeii pentru contact sexual este în funcţie de pregătirea sa psihosenzorială — jocurile de excitaţie ale preludiului.

Dorința femeii are un caracter mai difuz decît la bărbat, fiind profund influențată de personalitatea partenerului. În fața unei femei hipoexcitabile este necesar ca bărbatul să acorde o deosebită atenție jocurilor pregătitoare și în același timp să-și controleze, să-și dozeze propria stare de excitație deoarece o ejaculare precoce mărește insatisfacția, nevrotizarea femeii.

Împrejurările negative, în care decurg primele acte sexuale, în special deflorarea, sînt de natură a constitui debutul unor condiționări cu efect defavorabil asupra tonusului erotic normal, premergătoare unor tulburări psihosomatice (frigiditate, dispareunie, androfobie).

Coitul întrerupt este suportat mai greu pe plan afectiv de către femeie, putînd duce de asemenea la frigiditate prin anorgasmie repetată.

De asemenea, ca și pentru bărbat, orice factor perturbator, inhibitor psihogen care se opune integrării în personalitatea sa mintală poate conduce la frigiditate: severitatea și austeritatea excesivă familială, scenele conjugale conflictuale ale părinților, conduita inadecvată a soțului brutal, vulgar, cu gesturi dezagreabile, lipsa afinității față de soț, căsătoria „carieră", teama de sarcină, condiționarea orgasmului prin masturbație clitoridiană anterioară, fobiile față de contaminarea cu boli venerice, debutul vieții sexuale la o vîrstă prematură sau la o vîrstă prea matură sînt tot atîtea cauze pentru instaurarea frigidității.

Aceste procese de negativism sexual, anerotism sînt și mai evidente cu implicații și mai complexe în caz de psihopatii ca nevroza astenică, psihastenii, fobii, obsesii, hipocondrii, isterie, dar mai ales în melancolii, depresiuni, psihoze maniacodepresive, debuturile schizofreniei, cînd femeia respectivă prezintă o disociere a personalității psihice cu pierderea totală a afectivității.

Frigiditatea predominant somatogenă

Hipogonadisme primare

— Agenezia genitală precoce: femeia cariotip (XX, XY, XO) cu agonadism și fără malformații somato-viscerale de la naștere și pînă la pubertate.

La pubertate organele genitale externe-interne și caracterele sexuale secundare nu se dezvoltă, pielea ușor plicaturată, aspect general eunucoid. Gonadele (ovar sau testicul)

suferă o involuţie precoce. Comportamentul variază spontan spre feminizare.

— Sindromul Turner cu fenotip feminin: cariotip (45XO) sau polimorfism greu de interpretat.

Prezintă un fenotip feminin, hipotrofia staturală marcată, infantilism, angulaţia articulaţiilor cotului; malformaţii viscerale, edeme ale mîinilor şi picioarelor după naştere, distrofia unghiilor, anomalii bucodentare, deficit psiho-intelectual moderat. Insuficienţă estroprogesteronică severă — anovarie.

— Disgenezia mono-ovariană: caracterizată prin prezenţa unui singur ovar — hipotrofie disgenetică.

Tulburările de sexualizare sînt corespunzătoare funcţionalităţii acestui ovar unic, hipotrofic, apărînd la pubertate (prepubertate normală) cu fenomene de hipogonadie: ginoid, juvenil, eunucoid.

— Sindromul ovarelor paupere: este vorba de sindromul dat de ovare cu o populaţie foliculară săracă. Ori, se ştie că foliculii constituie dispozitivele hormonogenetice lunare, de la pubertate la climacteriu.

Aceste aspecte pot ieşi în evidenţă pre-, intra- şi post-pubertar şi, ca atare, în funcţie de aceste incidente, va reliefa mai mult sau mai puţin retardarea sau deplafonarea morfotipului sexual asemănător cu cel din sindromul Turner, disgenezia monoovariană etc.

Hormonal există o carenţă accentuată de estrogeni şi progesteroni sau supranivelarea gonadotrofinelor hipofizare.

— Sindromul de castrare la femeie: chirurgicală sau radioterapică este o insuficienţă ovariană severă. Manifestările sînt în raport cu momentul castrării, de obicei la menopauză şi de aceea clinica sindromului se confruntă cu tulburările climacteriului, dar mai brutale.

— Sindromul ovarelor afuncţionale: sindromul este dat de areactivitatea ovarelor, aparent normale, la stimularea gonadotrofică hipofizară.

Aspectul morfopatologic este variat: talie normală, hipotrofie, eunucoidism cu frecvente malformaţii (buză de iepure, gît scurt, epicantus, orohnodactilie, debilitate mintală).

Sexualizarea pubertară poate fi absentă, incompletă, normală dar cu amenoree şi sterilitate primară.

— Frigiditatea simptomatică: neurologică. Este dată de leziunile cerebrospinale: mielite, poliomielite, radiculite, sindromul „cozii de cal", tabes, tumori. Toate acestea pot realiza adevărate anestezii în teritoriul pelvin.

— Frigiditatea din bolile generale: din diabetul zaharat, anemiile severe, cașexiile ca și obezitatea, bolile grave viscerale: (cardiace, vasculare, renale, hepatice).

— Frigiditatea ginecologică: malformațiile, infecțiile, tumorile diferitelor segmente care provoacă dureri — dispareunie pot duce la refuzul contactului sexual deși libidoul este păstrat adeseori.

— Frigiditatea endocrină: a fost descrisă mai sus frigiditatea hipogonadică (hipoestrogenică) și hiperluteinică (din luteinoame).

Nu este rară implicația și a altor dishormonoze ca bolile hipofizare (acromegalia, panhipopituitarismul Sheehan sau Simmonds, sindromul adiposo-genital, mixedemul primitiv, Addison, sindromul suprarenometabolic — Cushing, hipercorticismele androgenice, tumorile epifizare, disacetilcolinemiile și disnoradrenalinemiile etc.

Toate aceste situații nu exclud întotdeauna posibilitatea realizării actului sexual, dar îl privează de atributul de senzualitate (anestezie sexuală) și, mai mult, poate sta la baza sentimentului de aversiune față de actul sexual în general, sursa unor preocupări obsesive, nosofobice, sau a unor sentimente de culpabilitate.

11.5. DEVIAȚIILE, PERVERSIUNILE SEXUALE

Autoerotismul (masturbația), sau onania (onan — personaj legendar), ipsațiunea (latinescul ipsa — tu însuți) este maniera de obținere a senzațiilor sexuale, mai rar psihică și mai totdeauna pur genitală, practicată de ambele sexe la modul singular, adesea prin proceduri manuale sau instrumentale.

Masturbația interesează în special vîrstele tinere pubertare, adolescenții, imaturii pînă la 20 ani, mai precoce la fete, mai întîrziată dar mai persistentă la băieți în funcție de maturizarea lor psiho-somatică.

Ea poate fi practicată în mod intermitent pasager sau susţinut şi de durată (la oligofreni, luetici, schizofrenici). În cazul masturbării psiho-mintale orgasmul se obţine la simpla trăire a unor secvenţe imaginative.

Excitaţia fizică se obţine prin simpla adducţie a coapselor pînă la unele manevre instrumentale traumatizante (la femeie).

Cauzele sînt multiple şi de diverse nuanţe.

Printre cauzele predispozante reţinem tipurile de indivizi cu hipergonadism pubertar precoce: distonici, hipertiroidieni, hipersuprarenalieni (şi există aceste asimetrii endocrine în această perioadă); indivizi emotivi, anxioşi, timizi, narcisişti, schizoizi (de asemenea aspecte frecvente în această perioadă de formare a personalităţii).

Printre cauzele favorizante semnalăm:

— excitaţii proprii: infecţii urinare, tuberculoză, subfebrilităţi, verminoze intestinale, constipaţii — cunoscînd că segmentul rectosigmoidian are strînse relaţii neurosenzoriale cu segmentul neural spinal sacrat unde se află şi centrul erectil inferior. Lipsa unei igiene genitale locale cu iritaţiile scurgerilor genitale, diverşilor paraziţi etc. se implică prin aceleaşi mecanisme;

— excitanţi alimentari: mesele copioase, condimentele, cu lichide multe, în special alcoolul, favorizează congestia organelor pelvine cu excitaţia aceloraşi centri erectili sacraţi;

— excitanţi fizici: temperaturile mai ridicate predispunînd la vasodilataţie, reverie, patul moale predispunînd la lascivitate, îmbrăcăminte prea strîmtă etc., anumite sporturi (ciclism, călărie) cu suprasolicitarea senzorului pelvin;

— excitanţi psiho-sociali: sînt cei mai numeroşi şi cu influenţa cea mai profundă: izolarea faţă de grup, cu lipsa unor preocupări conversive ale pulsiunilor de energie vitală (excursii, sport, preocupări intelectuale, artistice etc.), asocierea cu grupuri libertine, cu moralitate precară, lectura unei literaturi lascive sau vizionarea unor imagini incitante, preocupările insistente ale părinţilor privind dezvoltarea organelor genitale, abstinenţa sexuală alături de psihologia aberantă de masă (colectivitatea din cazărmi, internate, vapoare etc.).

Printre cauzele declanşante pot fi enumerate oricare dintre cele amintite, căci masturbaţia prelungită poate deveni un reflex condiţionat.

Masturbația este un fenomen la granița între normal și patologic. Normal cînd survine peripubertar, tranzitoriu, sau accidental la adult; patologic, cînd este prelungit, ca epifenomen al unor psihopatii latente sau patente.

Oricum, pe lîngă că denotă stigmatizarea unei personalități disarmonice, masturbația poate interesa dezvoltarea fizică și mai ales psihică a individului, cînd este practicată de timpuriu și cu insistență, determinînd un surmenaj, epuizare nervoasă, prin efortul de imaginație erotică, obsesie (scade atenția, memoria etc.).

Această psihastenie poate induce chiar unele elemente somatice, indivizii respectivi prezentînd cefalee, palpitații, amorțeli, furnicături (nevroza astenică).

În sfîrșit, printr-o educație neadecvată „sperietoare" încărcată de sugestia unor perspective cu consecințe grave, trăsăturile psihologice amintite ale acestor indivizi se pot accentua, se pot psihiza.

În consecință, în aprecierea critică a implicațiilor masturbației nu trebuie căzut în extreme, ambele fiind la fel de greșite. Autoerotismul fiind o manifestare disarmonică dar adesea trecătoare, refulată cu ocazia maturizării personalității și anulată de o viață sexuală normală intrafamilială, profilaxia și combaterea sa se vor face cu mult tact, răbdare, încredere și competență vizîndu-se tocmai suspendarea numeroaselor cauze, mai importante sau mai puțin evidente, din cele arătate mai sus.

Narcisismul (grecescul Narcissus — personaj mitic): este un autosexualism (pînă la orgasm) bazat pe autoerotizarea contemplativă a propriului corp, a propriilor evidențe sexuale, a propriilor vestimente chiar, cu renunțarea la alte practici sexuale. Este o deviație mai frecventă la femei decît la bărbați.

Fetișismul: este o deviație sexuală prin care erotizarea trebuie pregătită sau amplificată de prezența unor obiecte adesea vestimentare (cu rol de simbol) ce aparțin unei persoane heterosexuale dorite, cunoscută sau necunoscută. Este mai frecvent la bărbat.

Scrotofilia (voyer-ismul): este o deviație obsesivă în care încărcarea erotică se face prin observarea corpurilor nude, a organelor genitale sau desfășurarea unui act sexual la alte persoane. Adesea această „curiozitate" incitantă este pasageră și mai frecventă la bărbați.

Masochismul (Masoch L. — autor de romane frivole): este o deviaţie în care încărcătura sexuală este obţinută numai în urma diverselor suferinţe fizice cu simbol erotic, autoprovocate sau provocate de partenerul heterosexual (algolognie pasivă).

Există şi un masochism moral („bilantism") în care subiectul nu poate accede la plăcerea sexuală fără a-şi crea singur obstacole în alegerea partenerului, a locului de desfăşurare a aventurii amoroase, inconsecvenţe, tracasări etc.

Este o conversiune a libidoului refulat în opţiuni somatice (Freud).

Sadismul (marchizul de Sade — scriitor de romane licenţioase): sadicul, pentru obţinerea plăcerii sexuale, determină partenerului suferinţe morale dar mai ales fizice (algolognie activă), uneori considerabile, pînă la răniri, mutilări (amputarea unui picior) sau chiar omor. Aceste aspecte grave sînt legate de o simbolizare schizofrenică.

Sadismul şi masochismul se pot întîlni la acelaşi subiect, fie într-o situaţie de reciprocitate în care cei doi parteneri sînt unul totdeauna sadic sau totdeauna masochist, sau ei îşi pot inversa rolurile.

În anamneza acestor devieri se pot distinge complexe infantile nerezolvate, erori educative importante, traumatisme psihice şi frustrări afective esenţiale cu ocazia primelor raporturi sexuale.

Dacă nevroticul recurge la un clişeu negativ inhibîndu-se în faţa unor evenimente „dăunătoare", „nocive", sadicul dă curs liber impulsurilor sale sexuale fiind carenţat de „bariera" psihologică adecvată.

Transvertismul: identitatea sexuală se formează foarte de timpuriu, în cursul primilor ani bazîndu-se pe morfologia organelor genitale (sexul somatic) şi pe factori educaţionali — vestimentaţie, jocuri, atitudini de tip masculin sau feminin pe care le imprimă părinţii, anturajul (sexul psihologic).

Transvertismul este o deviere a celei din urmă identităţi (sexul psihologic). Individul, conştient de identitatea sa sexuală somatică, simte o pulsiune irezistibilă de a-şi realiza emoţia erotică numai printr-o transvertire heterosexuală, adică de a se autositua într-un rol (comportament, vestimentaţie) de sex opus. Este un pseudohermafroditism în care este implicată doar comportarea, fenomen întîlnit mai ales la pubertare sau la dismenoreici.

Transsexualismul: este o deviație sexuală mai profundă, individul respectiv își neagă sexul genetic, gonadic, gonadofor, genital extern, hormonal, psihologic, avînd o dorință puternică de a se transpune comportamental sau chiar anatomic (cer operații corective) în identitatea sexului opus, bărbații fiind convinși că aparțin sexului feminin iar femeile că aparțin sexului masculin.

Bisexualitatea: ontogenetic, bisexualitatea este mai veche (încă de la embriogeneză) decît heterosexualitatea. Aceasta rezultă din persistența dispozițiilor biologice masculine și feminine la același individ.

Pe plan endocrin acest balans este mai evident la pubertate.

Pe plan psihoemotiv și social, sexul dominant nu reușește întotdeauna să refuleze sexul secundar (Freud).

Subiectul respectiv oscilează în a-și stabili apartenența la unul din cele două sexe, sau încearcă identificarea cu ambele sexe. Pe plan sexual această deviație se numește „amfierotism". Indivizii respectivi se află într-o situație biunivocă putînd întreține relații hetero- și homosexuale. Spre deosebire de homosexualii veritabili, bisexualii sînt mai abordabili din punct de vedere terapeutic.

Homosexualitatea. Denumită și „inversiune sexuală", „pederastie", „sodomie", este o deviație, perversiune care constă din atracția și obținerea satisfacției psihosexuale în compania unui partener de același sex.

Are o origine predominant psihică pe un teren genetic predispozant, cu sau fără stigmate somatice heterosexuale. Frecvența sa este mult mai mare la bărbați și îndeosebi în mediul urban.

Homosexualitatea masculină. Etiopatogenia este foarte complexă și de aceea are multe lacune. Deficiențele sexualizării neurocomportamentale în perioada perinatală ar putea explica în parte homosexualitatea masculină. De asemenea unele reminiscențe ale fazei homoerotice juvenile pot persista în adolescența tîrzie sau la adultul tînăr.

Nota genetică o subliniază cercetările pe gemeni, care deveneau homosexuali, indiferent de mediul diferit în care erau crescuți, de asemenea prin existența unor familii cu frecvență semnificativă a homosexualității printre membrii săi.

De asemenea, nu se poate nega rolul deosebit al ecologiei sociale. S-a constatat implicația deosebită a ambianței fami-

liare. O mamă prea autoritară sau prea blîndă, alături de un tată prea slab (sau lipsă) fac ca băiatului mic să i se imprime o identificare de tip feminin. Pe măsura maturizării virile însă el devine totuşi heterosexual.

O conjunctură nefavorabilă, de grup, în care se pot angaja aceşti homosexuali poate să prelungească sau să permanentizeze deviaţia sexuală.

Particularităţile psiho-somatice variază între tipul masculin-feminin, în funcţie de faptul dacă homosexualul este activ sau pasiv, dacă este homosexual latent, de circumstanţă, simptomatic sau veridic permanent.

Homosexualitatea latentă cuprinde unele forme mascate (exemplu: aversiunea pentru îmbrăcămintea sexului opus) sau inconştiente. Mulţi dintre ei sînt bisexuali, manifestarea homosexuală putînd demara în urma seducerii de către alt homosexual sau în condiţii de promiscuitate sexuală, mai ales dacă individul respectiv prezintă o impotenţă sexuală psihogenă, este alcoolic, sau cu stări paranoide.

Homosexualitatea de circumstanţă sau de substituţie: atunci cînd grupe de bărbaţi trăiesc din diferite motive (cazărmi, internate, închisori, marinari etc.) departe de femei. Această homosexualitate dispare de cele mai multe ori odată cu cauzele amintite. Indivizii cu homosexualitate latentă însă se pot manifesta ca atare şi în continuare.

Homosexualitatea simptomatică: este secundară unor psihopatii în care impulsul sexual este nediferenţiat (adulţi, copii, animale). Acest aspect poate ascunde unele tumori cerebrale, encefalite, encefalopatii degenerative.

Vindecarea acestor boli poate suspenda manifestarea homosexualităţii.

În cazul unor psihopatii majore (schizofrenie, psihoză maniaco-depresivă, paralizie progresivă, epilepsie) homosexualitatea se poate asocia şi cu alte perversiuni sexuale (exhibiţionism, viol etc.).

Homosexualitatea veridică, exclusivă, permanentă, propriu-zisă are şi ea diferite aspecte: rezumată numai la comportament, fără efectuarea actului sexual; alternanţe cu bisexualitatea cînd se optează totuşi pentru femeile „forte" bărbătoase.

Aceşti homosexuali au ca trăsături psihice comune: pasivitatea sau combativitatea excesivă, supunere sau independenţă, îndoieli asupra apartenenţei şi identităţii sexuale etc.

În majoritatea cazurilor (75%) ei pot prezenta un dismorfism somatic de tip ginoid sau astenic andromorf.

Sexul genetic, cromozomial, echilibrul androgeni/ estrogeni sînt însă normale, corespunzător sexului gonadic în imensa majoritate a cazurilor.

Administrarea de androgeni mărește libidoul fără să-i schimbe direcția.

Nu există explicații de ce un homosexual este „pasiv" sau „activ".

— *Homosexualitatea feminină*, sau „homoerotism feminin", „tribadism", „saphism", „lesbianism" etc., pune aceleași probleme de etiopatogenie cu ale homosexualității masculine și ca poate să fie ocazională, simptomatică și permanentă. În schimb ca frecvență este mai rară, poate și mai discretă.

Prin poziția femeii în familie și societate însă implică unele particularități.

Mai întîi că, datorită particularităților sale (senzualitate difuză, preludiu lent progresiv etc.), o centrare pe excitația genitală în cadrul manevrelor lesbiene nu poate aduce excitația la un paroxism cu detentă generalizată ca într-un raport heterosexual. Așa-zisul orgasm obținut este un fel de compromis masturbator încărcat cu o incompletitudine confuză, ceea ce face ca aceste femei să facă o gamă întreagă de nevroze.

Trebuie subliniat faptul că un număr considerabil de lesbiene se recoltează dintre contrariatele, decepționatele primelor raporturi sexuale cu un bărbat brutal sau impotent, mai ales dacă respectiva este nevrotică, isteroidă etc.

Ca aspect general somatic respectivele se încadrează în tipul ginoid corespunzător sexului, au un comportament social „normal", nerecunoscînd apartenența lor la un grup deviaționist, dar conștiința lor se încarcă cu sentimente de culpabilitate, nevroză.

Lesbienele inveterate, adevărate, nu numai că sînt conștiente că ele ar fi „diferite" de celelalte femei, dar și afișează cu ostentație această atitudine, mai ales cele de tip android. Acestea din urmă au ca notă psihocomportamentală autoritarismul, duritatea, recurgînd la afronturi, ironie și chiar sadism față de un eventual partener de sex opus.

Dacă acestea se căsătoresc totuși, o fac de formă, pentru protecție, rămînînd frigide și nedorind copii, o eventuală gestație sau copilul nemodificînd tara. Tocmai de aceea pre-

feră o căsătorie de conveniență cu un bărbat homosexual, impotent, bătrîn.

Ultimele tentative ale „chirurgiei psihiatrice" care recurge la diverse secțiuni hipotalamice, au obținut unele rezultate terapeutice ceea ce demonstrează rolul și implicația acestor centri nervoși superiori în deviațiile sexuale respective.

Pedofilia

Denumită și pederoză, efebofilie, este atracția perversă de a avea raporturi sexuale cu copii, adolescenți.

Este mai frecventă la bărbații în vîrstă și mai ales la dementii senili, oligofreni, schizofreni. Corofilia este atracția femeilor mature pentru fetițe.

Gerontofilia

Este perversiunea în care, bărbații tineri simt o atracție deosebită față de femeile bătrîne, chiar în plină involuție a acestora.

Azoofilia

Este perversiunea în care un bărbat sau o femeie pot ajunge chiar pînă la orgasm, contemplînd o statuie, un tablou cu accente erotice. Cînd este vorba de manechine, statui, perversiunea se mai numește și „pygmalionism".

Zoofilia

Sau sodomia este perversiunea în care excitația erotică și satisfacerea acesteia se fac prin contact sexual cu unele animale (cîini etc.). Se întîlnește la oligofreni, senili, alcoolici, maniaci, stări confuzive.

Necrofilia

O perversiune sexuală foarte rară, în care degenerații psihici ajung să aibă raporturi sexuale cu cadavre de femei.

Bibliografie selectivă

Abulius D., Gheorghiu A. — Cartea tinerilor căsătoriți, Ed. Medicală, București, 1971

Barlow D.H. — *Med. et Hyb.*, 1976, 1 201, 1 055

Catteral R.D., Nicol C.S. — Sexually transmitted diseases, Acad. Press, London, 1976

Cole T.M. — *Med. et Hyg.*, 1976, 1 201, 1 052
Colonaş C., Abulius D. — Tineretul trebuie să ştie, Ed. Medicală, Bucureşti, 1967
Dănăilă L., Golu M. — Chirurgia psihiatrică, Ed. Academiei R.S.R., Bucureşti, 1988
Gorgos C-tin (sub red.) — Dicţionar enciclopedic de psihiatrie, vol. I, Ed. Medicală, Bucureşti, 1987
Gorgos C-tin (sub red.) — Dicţionar enciclopedic de psihiatrice, vol. II, Ed. Medicală, Bucureşti, 1988
Grassel H. — Tineret, sexualitate, educaţie, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1971
Ionescu B., Dumitrache C. — Sexualizare normală şi patologică, Ed. Medicală, Bucureşti, 1987
Kohn-Nathan Y. — Que faire devant une dysharmonie sexuelle, Ed. Masson, Paris, 1976
Ladamf F.G. — *Med. et Hyg.*, 1976, 1 187
Marcuse H. — Eros and Civilization, Beacon Press, Boston, 1955
Penciu P., Pavlid V. — Educaţia sexuală, Ed. Medicală, Bucureşti, 1878
Stoica T. — Sexologie, Ed. Medicală, Bucureşti, 1975
Teodorescu Exarcu I. (sub red.) — Fiziologia şi fiziopatologia reproducerii umane, Ed. Medicală, Bucureşti, 1977
Ursoniu C. — Igiena sexuală, Ed. Facla, Timişoara, 1980

12. Bolile transmisibile

12.1. EPIDEMIOLOGIE ŞI PROFILAXIE

Organele genitale reprezintă o largă poartă de contaminare infecţioasă atît pentru bolile „veneriene" propriu-zise cît şi pentru unele boli generale.

Această situaţie s-ar explica prin topografia organelor genitale într-o zonă intens favorizantă pentru poluarea microbiană (orificiile emonctoriilor urinare şi de defecare, căldură, umezeală); ele reprezintă zona cu contactul cel mai intim şi adesea traumatizant într-o relaţie sexuală dintre indivizi; multe boli au un debut silenţios, înşelător; odată manifeste, acestea sînt ocultate de o concepţie retrogradă, a multor indivizi, aceştia persistînd în considerarea bolilor venerice drept boli „ruşinoase".

Facilităţile amintite nu împiedică contaminarea şi pe alte porţi de intrare, acestea însă cu o frecvenţă mult mai mică.

Cunoaşterea documentată a acestor boli şi îndeosebi a profilaxiei lor, are o importanţă deosebită nu numai pentru individ dar şi pentru familie, sociodemografie etc., atît în perioada activă a bolii cît mai ales datorită invalidantelor consecinţe sechelare.

După criteriile epidemiologice bolile cu transmisie genito-sexuală sînt următoarele:

— maladii „majore" venerice transmise preferenţial pe cale sexuală (blenoragia sau gonoreea, sifilisul sau luesul, unele uretrite negonococice);

— maladii paravenerice „minore", ale căror prime simptome se localizează circumstanţial la nivelul organelor genitale: uretritele negonococice, trichomoniaza urogenitală infecţiile cu bacil Haemophilus vaginalis, vegetaţiile veneriene, herpesul genital, pediculoza pubiană, scabia etc.

Şancrul moale şi limfogranulomatoza benignă inghinală, altădată făcînd parte din grupul bolilor majore, astăzi sînt pe cale de dispariţie.

Bolile venerice circulă pe tot globul, în toate ţările cu nuanţe statistice după stabilitatea populaţiilor şi ocluziunea lor, după obiceiuri, după starea de igienă şi conştientizare, după sistemul şi standardul medico-sanitar.

Războiul cu migraţiile mari de mase umane, promiscuitatea, dezorganizarea socială şi sanitar-antiepidemică, a făcut ca majoritatea ţărilor — printre care şi ţara noastră — să ia măsurile cele mai severe de eradicare, astfel că aceste boli au ajuns să aibă o pondere neglijabilă în morbiditatea generală. Era antibioticelor, gratuitatea şi obligativitatea tratamentelor au optimizat în mod deosebit aceste rezultate.

În ultimul timp însă al doilea val de transhumanţă ca turismul, schimburile de tineret pentru studii, circulaţia rapidă etc., apariţia puseelor microbiene rezistente la antibioticele uzuale, diminuarea vigilenţei opiniei publice alături de încrederea prea mare în aceste remedii, cu neglijarea măsurilor de profilaxie de bază, aşa-zisa „revoluţie" sexuală, utilizarea anticoncepţionalelor ce exaltă virulenţa unor microorganisme, toate acestea au contribuit din plin la recurdescenţa bolilor venerice şi paravenerice.

Oricare ar fi condiţiile generale, implicaţia principală o are omul cu gradul său de conştienţă, igienă personală, moralitate.

Astfel, grupele de vîrstă cele mai interesate sînt între 15—40 ani (90%) cu predominarea celor din familii dezorganizate, cu o educaţie morală precară sau cu nivel subcultural, fără o preocupare şi activitate profesională stabilă, certaţi cu familia, şcoala, dar foarte receptivi la afilierile de grupurile dubioase puse pe hedonism fără opreliști (alcool, stupefiante, vagabondaj), indivizi cu un „activism sexual"

obsesiv care contractează parteneri de orice fel, în orice condiții, ocazionali, fără să aibă nici cea mai modestă informație asupra biografiei acestora („vagabondaj sexual").

Din păcate contractă aceste boli și unii adolescenți inocenți, naivi, fără experiență de viață, căzuți pradă prozelitismului practicat de unii marginalizați ai vieții sociale.

12.2. BLENORAGIA SAU GONOREEA

Este o boală venerică de mare circulație, cauzată de microbul *Neisseria gonorrheae:* coci gram negativi așezați perechi, față în față ca două boabe de cafea.

Agent puțin rezistent în mediul liber, cere, pentru transmitere un mediu cît mai nemijlocit între cei doi parteneri, cu toate că în cazuri mai rare, se poate transmite și prin lenjerie, W.C.-uri, băi contaminate.

Sursele de contaminare sînt în marea lor majoritate „purtătorii" gonoreelor cronice, aceștia fiind conștienți sau inconștienți de tara lor, de rolul lor nefast în difuzarea bolii.

Acești purtători uneori cu o simptomatologie foarte redusă, pot deveni contagioși din a doua zi a contactului sexual infectant și pînă la 2—3 ani de la acesta.

Microbii respectivi au o afinitate mai mult pentru mucoasele umectate (genitală, rectală, bucală, oculară), persistînd la suprafața acestora dar mai ales penetrînd, prin procesul de fagocitoză în interiorul polinuclearelor, unde sînt distruși sau distrug ei celulele fagocitante.

În prima situație ei determină din partea organismului o stare imunitară slabă, ceea ce permite reinfecțiile; în a doua situație pot rezulta germeni mai rezistenți revitalizați, cu o virulență și mai agresivă.

Prin particularitățile de sex, generale, hormonale, bioritm, de conformație a organelor genitale, blenoragia are aspecte diferite la bărbat și la femeie.

12.2.1. Infecția neisseriană la bărbat

Boala este mai frecventă la bărbat, cel puțin sub raportul evidențelor clinice.

Receptivitatea este favorizată de epuizările fizice, sexuale, de consumul de alcool (reducerea capacității de luciditate,

congestia mucoaselor cu activarea penetranţei microbiene, scăderea capacităţii imunobiologice) şi de neglijarea celor mai elementare reguli de igenă (lavajul cu apă şi săpun a organelor genitale după efectuarea actului sexual).

Se apreciază că riscul de a contracta o blenoragie după un prim contact sexual ar fi de 35%.

Manifestările clinice variază în funcţie de capitalul biologic al individului receptiv, cît şi de virulenţa microbului neiserian.

În acest context se deosebesc două aspecte majore: blenoragia acută şi cea cronică.

— *Infecţia gonococică acută:* la 1—5 zile de la contactul cu persoana purtătoare a infecţiei, individul poate prezenta pe plan general o stare de astenie şi fatigabilitate accentuată, cu o depresiune psihică chiar, o greutate în coapse, iar local o jenă la urinare care devine curînd o arsură insuportabilă cu fenomene de micţiune frecventă şi de erecţie iritativă cind, matinal la nivelul meatului urinar apare o scurgere filantă galben-verzuie ce murdăreşte lenjeria intimă (blenoragie, gonoree). În cazurile foarte neglijate prepuţiul şi glandul pot fi şi ele interesate în procesul inflamator: balanita blenoragică.

Infecţia gonococică bucală şi mai ales rectală este apanajul perverşilor care practică felaţia şi cunilincţia (suplinirea actului sexual cu ajutorul gurii, limbii) şi a homosexualilor.

— *Infecţia gonococică cronică* şi reacutizată: În caz de neglijare sau tratament necorespunzător, incomplet (mai ales după tetraciclină) gonococia acută se atenuează, procesul inflamator temperîndu-se fără însă să dispară; el extinzîndu-se după 1—2 luni şi la alte segmente genitale (amintite mai sus). Secreţia uretrală poate continua şi ea, sub o formă atenuată, dar mai mult ca rezultat al unei iritaţii cronice decît prin prezenţa gonococilor, aceştia rămînînd cantonaţi, închistaţi în celulele mucoaselor amintite. Bolnavul trece prin aşa-numita perioadă de uretrită gononocică „închisă".

Aceşti „purtători asimptomatici" sînt mult mai frecvenţi decît cei cu gonoree acută.

Dar cu ocazia unei noi depresiuni a organismului (viroze, abuz de alcool, eforturi etc.) infecția se poate desocluziona, reactiva subclinic (situație cu mare importanță epidemiologică), sau cu reapariția fenomenelor acute. În această situație bolnavul prezintă o „redeschidere" a uretritei gonococice.

Complicațiile sînt numeroase atît în perioada acută sau de reacutizare, din numeroase motive care țin de microb sau de bolnav sau de tratament; așa cum au fost nominalizate anterior.

O lipsă de orientare în recunoașterea bolii cu neglijarea preocității terapeutice, o complianță redusă din partea individului la acest tratament, administrarea unor antibiotice inadecvate sensibilității sau rezistenței agentului patogen ca și dozele insuficiente, permit, mai ales cînd microbul este prea virulent și organismul cu disponibilități reactive slabe, extinderea infecției din teritoriul uretrei spre celelalte segmente — formațiuni ale organelor genitale (glanda Cowper, veziculele seminale, prostată, epididim).

În cazuri dificil de interpretat, microbii respectivi pot trece peste bariera mucoaselor respective (3%) localizîndu-se în diferite viscere (articulații, meninge) sau invadînd torentul circulator (septicemii acute).

Complicațiile acute ale gonoreei sînt:

— epididimita gonococică — este cea mai frecventă complicație (30% înainte de era antibioticelor și 1% sub tratament complex), cea mai expresivă clinic și cu consecințele cele mai invalidante.

Afecțiunea poate debuta în cadrul tabloului realizat deja de uretrita acută sau acutizată prin tumefierea dureroasă uni- sau bilaterală testiculară, cu inflamația scrotului și cu exacerbarea febrei (39—40°C). Obiectiv, epididimul testicular este sub tensine și foarte dureros.

Complicațiile cronice ale gonoreei sînt:

— stricturile uretrale, rezultat al vindecărilor „cu defect" a leziunilor acute ulcerative uretrale. Aceste stenoze, pe lîngă dificultățile de urinare, angajează și alte mecanisme fizio-

patologice în lanț: staza urinară, infecțiile ascendente cu microbi comuni, pielonefritele cronice, insuficiențele renale cronice, la rîndul lor cu o serie de complicații metabolice, cardiovasculare etc.;

— prostatita cronică prezintă aproximativ aceleași simptome și complicații ca și stricturile uretrale, ele putînd antrena în plus și anumite constipații reflexe, abcese, fistule perineale.

Tușeul rectal depistează această afecțiune, prostata fiind mărită de volum, sensibilă, cu lobii asimetrici, adesea cu o oarecare fluctuență. Secreția uretrală, apărută după masajul prostatic, arată o pletoră microbiană sau/și leucocitară;

— orhita cronică cu sterilitate, rezultată fie din degenerarea zonelor gonozomiale, fie prin stricturarea canalelor de ejecție a spermei.

12.2.2. Infecția neisseriană la femei

Spre deosebire de bărbat, infecția gonococică la femeie este frecvent asimptomatică sau parasimptomatică ceea ce pune probleme mai serioase și mai dificile în depistarea bolii; în rezistența imunitară față de microbi, această rezistență fiind și mai slabă; în urmărirea lanțului epidemiologic cu depistarea contactelor; în apariția unor complicații precoce și mai ales tardive mult mai numeroase.

Receptanța infecției este condiționată de aceiași factori ca și pentru bărbat. În plus, trebuie luat în considerare cu mai mult accent, bioritmul catamenial, „patogenitatea" potențială, ciclică în cadrul ciclului, sarcinii etc.

În acest sens, contractarea infecției ar fi mai mică în perioada estrogenică (pH-ul vaginal mai acid — sterilizat) și mai mare în perioada progesteronică (pH mai alcalin). Se poate lua în considerare și bioritmia imuno-fagocitară etc., de asemenea cu niveluri diferite și care implică în mod adecvat rezistența sau vulnerabilități variabile.

Infecția gonococică acută la femeie este mai atenuată, cu toate că cuprinde și segmente extrauretrale în focare mul-

tiple. Astfel infecţia se poate extinde asupra glandelor Bartholin, vaginului, colului uterin (30—80%), uter (5—10%) şi chiar anexe, cu dureri perineale, în coapse şi mai ales la micţiune în aproximativ 50% din cazuri.

Cuprinderea organelor pelvine (uter, salpinge etc.) se face din aproape în aproape şi nu prin circuit sanguin (hemocultura fiind negativă) mecanism în care se invocă rolul de transportori al spermatozoizilor în migraţia lor ascendentă.

În cazuri foarte grave (3%) infecţia gonococică poate determina o septicemie cu metastaze microbiene în diverse viscere (pelviperitoneu, meninge, articulaţii, tegumente).

Trebuie remarcată vulnerabilitatea fetiţelor la contaminarea gonococică realizînd „vulvovaginita gonococică infantilă" după frecventarea unor bazine de înot, W.C.-uri dar mai ales prin utilizarea lenjeriei murdare. Aceste fetiţe prezintă o secreţie vulvo-vaginală purulentă galben-verzuie, procesul inflamator avînd consecinţe grave.

Infecţia gonocociă cronică este rezultatul fie a unui puseu acut nerecunoscut ca atare, fie a unei infecţii torpide, insidios-progresive cuprinzînd, aşa cum s-a arătat, mai multe segmente genitale, ducînd la cervicite, uretrite, salpingite, pelviperitonite foarte greu de tratat.

Ca şi la bărbat, episoadele de deplafonare imunobiologică (mesntruaţie, sarcină, epuizare, alcool etc.) pot determina reîncălziri subacute (40%) cu agravarea procesului inflamator fie sub acţiunea gonococilor ca atare, fie sub acţiunea microbismului saprofit care îşi găseşte un mediu prielnic de dezvoltare.

Drept rezultat al mutilărilor retractilo-inflamatorii şi a sinechiilor se pot favoriza sarcinile tubare (de 6 ori mai frecvente decît la femeile cu trompe indemne), sterilitate (13% la cele cu o singură infecţie, 35% la cele cu două, 75% la cele cu trei infecţii în antecendente).

Mama cu o infecţie gonococică chiar latentă, dar reactivată cu ocazia travaliului poate infecta fătul în pasajul său utero-vagino-vulvar, acesta contractînd o oftalmie gonococică cu consecinţe foarte grave (orbire) dacă nu este recunoscută şi tratată în mod adecvat.

Frecarea ochilor, întrebuințarea prosoapelor contaminate pot determina gonococia blefaro-conjunctivală și la indivizii adulți. De la primele semne de boală indivizii sînt obligați a se prezenta la medic, acesta fiind singurul competent de a preciza diagnosticul, virulența microbului, forma clinică, complicațiile, tratamentul și dozajul unor medicamente precum și depistarea surselor de contaminare etc.

Este greșită și cu consecințe deosebite autotratarea, sustragerea de la un tratament integral indicat de medic, tratarea unipersonală fără a declara și partenerul care a determinat infecția, acesta putînd produce recontaminări.

Chiar și după tratamente corecte cu peniciline, ampiciline și mai ales tetracicline, pot rămîne iritații inflamatorii trenante: „uretrita postgonococică — agonococică".

12.3. SIFILISUL SAU LUESUL

Din anumite texte vechi se pare că unele leziuni osoase ale mumiilor atestă că boala bîntuia și în antichitate.

Odată cu descoperirea Americii (1492) o sursă nouă foarte virulentă de „*Treponema pallidum*" începe să facă ravagii în Europa de Vest (*morbus gallicus*), apoi și în Est etc.

Microorganismul care produce boala este „*Spirocheta pallida*" sau „*Treponema pallidum*", denumire ce derivă din forma sa spiralată și slaba sa colorare.

Microbul are deci o formă spiralată cu o grosime de 0,5 microni și lungime de 10—30 microni. Posedă o membrană fină și cili terminali. Înmulțirea se face prin diviziunea transversală, în decurs de 36 ore, în condiții strict anaerobe.

Se poate conserva bine la —4°C; la peste 40°C își pierde virulența, sub acțiunea căldurii uscate și peste 48°C este distrus rapid. În medii umede (organe genitale, pahare, sticle) rezistă foarte bine.

Dezinfectantele, săpunul, alcoolul îl distrug în cîteva secunde.

Rezervorul de contaminare îl constituie persoanele purtătoare a bolii. Transmiterea bolii este efectuată în marea majoritate a cazurilor prin contact sexual.

În mod secundar transmiterea se poate face şi prin sărut, muşcătură etc., şi mult mai rar prin utilizarea unor obiecte intermediare infectate (maşini de ras, periuţă de dinţi, lenjerie), mediul vehiculant fiind sîngele, laptele, lichidul spermatic etc.

Poarta de intrare este adesea o mică soluţie de continuitate a tegumentelor, mucoaselor. Se admite însă că spirocheta poate trece şi prin mucoasele inctacte, placentă etc. Odată pătrunsă în organism, spirocheta invadează căile limfatice ajungînd în cîteva ore la primul pachet ganglionar regional (inghinal, submaxilar etc.).

Din punct de vedere clinic boala are un caracter infecţios cronic, cu diferite „perioade" bine distincte, perioade ce polarizează o epidemiologie, şi o simptomatologie, un diagnostic şi un tratament diferenţiat.

Aceste perioade sînt:

— perioada primară, cu predominarea leziunilor locale, la nivelul porţii de intrare — „şancrul dur"), cu subperioada seronegativă şi subperioada seropozitivă;

— perioada secundară, septicemică, cu „sifilide" eritematoase, ulceroase, pigmentare etc.;

— perioada terţiară cu „sifilide" granulomatoase, gome, leziuni viscerale multiple printre care şi la nivelul sistemului nervos (tabes, paralizia generală progrsivă etc.).

Aceste etape ale bolii sînt datorate variaţiilor în relaţiile dintre spirochetă şi imunitatea individului.

După cum reiese din cele arătată, sifilisul este o boală cronică, cu evoluţie în ani, interesează toate sectoarele organismului, leziunile specifice fiind cauza directă a morţii în 35% din cazuri.

Perioada primară: se eşalonează pe o durată medie de 40 de zile, distingîndu-se mai multe subetape:

Sifilisul primar „şancrul dur": după aproximativ o săptămînă de la contactul suspect, la locul de pătrundere a spirochetei în organism, apare o leziune aproape neobservată la bolnav. În această perioadă nu s-au stabilit încă relaţii imunologice între organism şi spirochetă, deci bolnavul este seronegativ.

Dacă leziunea este ascunsă într-o cută tisulară sau individul a făcut o „cură" de penicilină, infecția poate trece neobservată, cu evoluție eludantă. Leziunea floridă evoluează devenind caracteristică după aproximatv o lună (pînă la 3 luni) de la contact.

Este vorba de o ulcerație situată de obicei pe organele genitale, gland, șanțul balano-prepuțial la bărbat, pe labiile mari și mici la femeie. Localizarea extragenitală, de obicei la buze (47%) amigdale (15%), gingii (4%), obraz, frunte, nas, arată porțile de intrare în teritoriile respective.

Are aspect crateriform cu diametrul de 0,5—2 cm, cu marginile regulate, ușor congestionate, dure (șancrul dur.) nesensibile, cufundul craterului plat, curat, din care se scurge o secreție filantă.

Limfangita-adenopatia, satelite șancrului sifilitic, localizare loco-regională prinzînd frecvent ganglionii inghinali și respectiv, mai rar, gnglionii submaxilari.

Caracterele adenopatiei sînt următoarele: sînt asimetrice, în vecinătatea șancrului de inoculare, sînt prinși concomitent mai mulți ganglioni, dintre care unul este mai mare, puțin dureroși.

Perioada secundară: debutează odată cu regresiunea spontană a sifilomului primar; începe cam după 6 săptămîni de la infecție, odată cu regresia spontană a sifilomului primar și cu invazia masivă a organismului, „septicemia spirochetozică". Caracteristica clinică dominantă constă în erupțiile cutanate polimorfe alături de seropoztivitatea specifică intensă (R. Bordet-Wasserman, V.D.L.R., Kolmer) Erupțiile cutanate sînt categorisite după cum urmează:

— sifilidele eritematoase sau rozeolele sifilitice sînt macule congestive neinfiltrative rotund-ovale, de mărimi diferite localizate cu deosebire pe trunchi și rădăcina membrelor, cu valuri succesive de apariție. Nu sînt dureroase, nu sînt pruriginoase, dispar sub vitropresiune;

— sifilidele papuloase apar cam după 3 luni de la infecție, intercalîndu-se sau succedînd sifilidele eritematoase, de culoare mai roșie-violacee ce virează spre arămiu. Sînt in-

filtrate, în general cu aceleași caractere ca cele descrise la sifilidele eritematoase.

Ca variante macroscopice însă ele pot fi leziuni papuloscuamoase, papuloerozive, ulceroase, papulopustuloase, papulohipertrofice.

Toate aceste leziuni sînt foarte contagioase;

— sifilidele pigmentare mai tardive în apariție (6—10 luni), uneori virează spre depigmentare (leuco-melanodermie) care atunci cînd sînt localizate pe frunte alcătuiesc așa-zisa „coroană veneriană" sau pe gît „colierul venerei";

— sifilidele mucoaselor, fanerelor: localizările pe mucoase sînt predilect genitale și bucale, aceste mucoase îngroșîndu-se și luînd aspect de porțelan.

Părul din teritoriul sifilidelor scalpului cade areolar, pielea păroasă a capului luînd aspectul unei blăni mîncate de molii.

Unghiile se pot îngroșa, au o friabilitate marcată, pînă la cădere. Toate aceste leziuni sînt pasagere, putînd regresa spontan, dar cu recidive fără tratament.

Perioada terțiară: după perioada secundară „septicemică" care ține aproximativ 3 ani, urmează perioada terțiară care, la rîndul ei, se eșalonează pe o perioadă de 10—15 ani, fiind caracterizată prin marile complicații infiltrativ-distructive viscerale.

Perioada terțiară din evoluția istorică spontană a bolii nu este obligatorie. Numai 10% din bolnavii cu formele procesive amintite parcurg și această etapă a bolii, căci leziunile terțiare apar în urma reactivării unor focare latente de treponeme, într-un context imunologic particular, cu deosebire la nivelul viscerelor (sistem nervos, cord, ficat — 45%), la nivelul tegumentelor (25—40%), la nivelul aparatului osteoarticular (20%).

Tipurile dominante de leziune sifilitică terțiară sînt sifilidele tuberoase și gomele.

— Sifilidele tuberoase sînt leziuni roșii-arămii, ulcerate sau nu și care lasă după închidere o cicatrice suplă.

— Gomele se prezintă ca niște nodozități de mărimi diferite la nivelul tegumentelor capului (mucoasă bucală,

limbă, nas), trunchi (stern, claviculă), membrelor (tibie, radius, cubitus) și viscerelor (țesut muscular, testicule, aparat cardiovascular, ficat, aparat respirator, stomac, sistem nervos central, măduva spinării).

Leziunile sistemului nervos, frecvente, sînt grave prin invaliditățile secundare: tabes, paralizia generală progresivă, sifilisul cerebral.

Gomele au o evoluție torpidă, tendință la ramoliție, acestea fiind înlocuite de un țesut fibros retractil.

Sifilisul ereditar. S-a amintit că Treponema poate traversa placenta, infectînd produsul de concepție — „sifilisul congenital". Acest produs poate fi avortat spontan, se poate naște mort sau viabil, dar cu marcate stigmate viscerosomatice.

Manifestările patologice care apar în primii doi ani de viață (sifilisul congenital precoce), în mare, poate fi asimilat cu perioada secundară a sifilisului dobîndit.

După această vîrstă (sifilisul congenital tardiv) se consideră că fenomenul patologic poate fi asimilat cu perioada terțiară.

Afectarea fătului ține în primul rînd de adiacența infecției septicemice a mamei cu momentul concepției.

Infecția este transmisă transplacentar, începînd cu a 16-a săptămînă de gestație cînd stratul Langhans al corionului începe să involueze.

Dar modificările caracteristice fetale sifilitice nu se manifestă decît după luna a V-a, cînd fătul este capabil să-și dezvolte propriul răspuns imun față de treponemă.

Dacă o gravidă sifilitică are mai multe nașteri, șansa contaminării fetale scade cu fiecare naștere și cu intervalul dintre ele.

Legislația țării noastre impune recoltarea de sînge pentru r.B.W. din sîngele mamei în primele luni de sarcină și din cordonul ombilical fetal la naștere.

12.4. SINDROMUL IMUNODEFICITAR DOBÎNDIT

(SIDD — denumirea în limba română; SIDA — denumirea franceză; AIDS — denumirea engleză).

Semnalată pentru prima dată în SUA (1981) afecțiunea se caracterizează printr-o epidemiologie explozivă, datorită

faptului că nu se cunosc toate caracterele agentului patogen, datorită terenului biologic „virgin" pe care se grefează, lipsei unui remediu imuno-specific, lipsei unei medicații antivirotice în general. Este vorba de un virus care se găsește în sînge, plasmă, limfocite, ganglioni limfatici, măduva osoasă precum și în salivă, spermă, lacrimi.

Virusul este extrem de sensibil la uscăciune, căldură, alcool. Calea de transmitere este prin sînge, derivate de sînge similar virusului hepatitei B: transfuzii de sînge, plasmă, seringi contaminate nesterilizate etc.

Se consideră că în sîngele celui infectat se găsesc 10 000—100 000 germeni/ml și că un singur virus introdus direct în sîngele unui alt individ poate determina boala.

O a doua cale de transmitere, nu mai puțin importantă, este cea genitală sau rectală (la homosexuali).

Dinamica epidemiologică s-a desfășurat pînă în prezent pe 5 piste principale: prima, în cadrul mai strîmt al homosexualilor 65%; a doua, în grupul heterosexualilor asa-ziși „vagabonzi sexuali"; a treia, în rîndurile prostituatelor contaminate în 90% din cazuri (S.U.A.); a patra, transmisia transplacentară fetală de la mama contaminată; a cincea, pacienții care necesită injecții, transfuzii, perfuzii etc. (hemofilici 4%, accidentați, hemoragici 3%, toxicomanii dependenți de seringă 15%).

Din rapoartele OMS reiese că în prezent pe glob ar exista spre un milion de seropozitivi fără manifestări clinice și 100 000 de indivizi cu sindromul manifest de boală.

Boala are 3 etape distincte imunoclinice:

— perioada de incubație foarte lungă 1—5—14 ani, mai scurtă, pînă la un an, după transfuzii, la copii contaminați de mame. În acest timp acești purtători asimptomatici clinic, dar seropozitivi pot transmite boala altor indivizi;

— perioada manifestă acută, caracterizată printr-o asimptomatologie relativ banală, confundîndu-se cu o viroză simplă, cu o boală infecto-contagioasă (mononucleoză infecțioasă).

Debutul este cu febră, transpirații, cefalee, mialgii, artralgii, diaree, pierdere ponderală, letargie — și o adenopatie generalizată;

— perioada sindromului imunodeficitar (SIDA, AIDS, SIDD) este doar o „sechelă" majoră a bolii virotice active amintite mai sus, caracterizată printr-o restructurare, deplafonare totală a rezistenței imunitare biologice: raport subunitar între limfocitele T helper și limfocitele T supresoare, creșterea imunoglobulinelor serice și a VSH-ului, teste cutanate ce exprimă o anergie generală, anergie ce nu poate fi anihilată cu nici o metodă cunoscută de stimulare imunologică;

— perioada marilor complicații — perioada finală. Pe fondul anergiei amintite pot apărea infecții grave cu germeni oportuniști (Cryptococoza sistemului nervos central, pneumonie cu Pneumocystis carinii, diarei cu Cryptosporidium, tuberculoza); candidoze cutanate și viscerale, septicemie; viroze (herpes, zona zoster extins); limfoame cerebrale, sarcom Kaposi etc.

Sindromul imunodeficitar dobîndit odată apărut evoluează letal în cîteva luni-ani neavînd nici un tratament eficace.

Profilaxia este singura metodă de a „limita" extinderea bolii, ea constînd din:

— evitarea contactelor homosexuale;

— evitarea drogurilor, în special cele dependente de seringi;

— evitarea contactelor heterosexuale cu indivizi din focare recunoscute ca intens epidemice (SUA, Africa subtropicală, Anglia, Italia, Elveția);

— evitarea vagabondajului sexual (prostituate, dubioase);

— controlul sîngelui și materialelor transfuzate, injectabile;

— controlul gravidelor;

— asepsia, antisepsia.

Conștientizarea lucidă și nedramatizantă a maselor, în cunoașterea particularităților bolii și a profilaxiei sale.

12.5. INFECȚII MICROBIENE NEGONOCOCICE

Nu pot fi considerate boli venerice decît în măsura în care se transmit prin contactul sexual.

12.5.1. Uretrita bacteriană

În cauză sînt adesea microbii saprofiţi ca: bacilul coli, pseudomonas, proteus, streptococ etc., procesul uretral fiind adesea în cadrul unei infecţii renourinare mai difuze.

12.5.2. Infecţia cu bacilul Haemophilus vaginalis

Germenul s-a depistat la femeile cu aşa-zisa „vaginită nespecifică", suspectîndu-se transmiterea prin contactul sexual. Infecţia poate provoca metrite şi vaginite la femeie şi prostatite la bărbat.

Manifestările clinice constau în secreţii moderate de culoare albă-cenuşie, cu miros neplăcut, prurit şi usturime.

12.5.3. Infecţia chlamydică

În unele ţări este cea mai răspîndită boală cu transmisie sexuală. Este vorba de o întreagă grupă Chlamydială care condiţionează mai multe boli: psittacoza, limfogranulomatoza, trachoma.

Germenul este fagocitat de celulele mucoaselor genitale unde, prin mijloace enzimatice proprii, se opune lizei- distrugerii sale.

12.5.4. Limfogranulomatoza veneriană (Nicolas-Favre)

Este cauzată de *Chlamydia trachomatis*, boală rară actualmente transmisă sexual sau la naştere de către mamă.

Se manifestă printr-o leziune primară la locul de inoculare sub forma unei eroziuni nedureroase roz-roşie, cu bază moale, suprafaţa netedă cu un diametru de 5—6 mm, care se vindecă spontan şi fără cicatrice. Acest şancru de inoculare mai vizibil la bărbaţi (30%) apare pe gland, pre-

puț, penis. La femeie localizarea pe comisura posterioară vulvară sau, mai ales, pe vagin și colul uterin, ascunde adesea prezența leziunii.

Și la un sex și la celălalt, localizarea pe uretră dă naștere uretritei chlamidiene, manifestată prin dureri și o secreție alb-gălbuie, amicrobiană (25% din totalul uretritelor amicrobiene).

După 7—30 zile (perioada de diseminare limfatică) apar prinși în bloc, dureroși, aderenți la tegumente, ce devin fluctuenți — abcedați cu fistulizări multiple, cu vindecări tranante, cu cicatrici vicioase retractile.

Localizarea pe vagin, col, rect determină o adenopatie profundă hipogastrică, perirectală cu fistulizări perineale.

Invazia ganglionară este însoțită de febră, transpirație, grețuri, vărsături, mialgii, artralgii, erupție generalizată, visceropatii (hepato-splenite, nefropatii, flebite, meningite).

Complicațiile tardive sînt fistulizările torpide recidivante, cicatricile mutilante, stenozante (rect, uretră etc.), elefantiazisul organelor genitale și membrelor inferioare și chiar cancerizare.

Diagnosticul diferențial se face în primul rînd cu infecția luetică și cea tuberculoasă.

12.5.5. Infecția micoplasmică

Mycoplasmele sînt microorganisme cu mai multe clase și genuri, cu caractere ce le apropie de bacterii, altele ce le apropie de virusuri. Ambele specii sînt considerate saprofite ale aparatului urogenital, colonizarea acestora făcîndu-se de la naștere. Cea cu implicație urogenitală este *Mycoplasma hominis*.

Persoanele mature sexual au un număr crescut de Mycoplasme, în funcție de carențele igienice, promiscuitate etc.

Mycoplasmele sînt răspunzătoare de 10% dintre uretritele cronice negonococice la bărbat și de unele infecții endometro-tubo-pelvine, cu infertilitate la femeie.



12.6. Infecții virotice

Cauzate de virusuri multiple: virusul zonei zoster, varicelei, poliomielitei, hepatitei epidemice, virusul citomegalic, ce se pot transmite și pe cale genitală fără a fi totuși socotite ca boli venerice.

Cu o transmisie sexuală și cu implicație genitală sînt: virusul herpetic simplu, condiloma acuminată.

12.6.1. Uretrita herpetică

După cum se știe, virusul herpetic, de tip ADN, posedă două tulpini antigenice distincte.

Tulpina de tip II se transmite pe cale genitală. La 2—3 zile de la contactul sexual apare o erupție ca o maculă care se transformă repede în papulă, veziculă-ulcerație roșietică acoperită cu un depozit alb-gălbui fără microbi. Leziunea respectivă este însoțită de o senzație de arsură, uneori și de dureri sub formă de înțepături. Adescori sînt prinși și ganglionii inghinali, cu o senzație de tensiune dureroasă.

Localizarea la bărbat poate fi pe gland, prepuț sau uretră, în această din urmă situație poate apare o secreție purulentă.

La femeie se situează adeseori pe labii, dar sînt citate cazuri cu localizare endometrială.

După un ciclu de aproximativ 7 zile virusul intră în latență la nivelul terminațiilor nervoase, determinînd recidive intermitente.

Acest virus poate disemina transplacentar. Dacă această situație se produce în primele 8 săptămîni de sarcină, poate determina diverse malformații embrio-fetale. Dacă această situație se produce după 3 luni determină avorturi, fără malformații, dar cu marcate stigmate neuropsihice sechelare ale nou-născutului.

12.6.2. Condiloma acuminata (vegetațiile veneriene)

Se produc mai ales sub acțiunea virusurilor papilomatoase transmise pe cale sexuală, dar și prin naștere la copii, de către mama bolnavă.

Incubația este lungă, de 2—3 luni.

Aspectul se aseamănă cu negii tegumentari.

La bărbați se manifestă prin apariția de condiloame peniene și respectiv perineale (de obicei la homosexuali).

La femei au o repartizare perivulvară, dar și cervicală uterină (cu implicații în carcinogeneză?).

12.7. INFESTAȚIILE GENITALE

12.7.1. Trichomoniaza urogenitală

Agentul patogen este un protozoar și anume „*Trichomonas vaginalis*" cu o formă ovoidală, un diametru de 7—15 microni și o lungime de 10—30 microni, prevăzut cu 3—5 flageli care îi asigură mobilitatea.

Parazitul rămîne viabil și mobil mai multe ore la temperatura camerei în secrețiile nediluate, pH-ul optim de viabilitate este între 4,9—7,5 (pH-ul vaginal 4,0—5,0), dezvoltarea optimală făcîndu-se la temperaturi de 36—37°C (dar și între 25—41°C); la temperaturi joase (4—10°C) poate rezista 3 zile.

Modul principal de transmisie este eminamente genito-sexual mai ales pentru bărbat; la femeie se admite contaminarea și prin mijlocirea W.C.-urilor, bazinelor de apă, diferitelor obiecte infestate. Aceasta mai ales pentru femeile care uzează de anticoncepționale, hiperestrogenice, hipovitaminozice etc., cauze care duc în final la modificări ale pH-ului vaginal, situație favorizantă pentru dezvoltarea parazitului.

Vectorul principal este bărbatul (vagabondajul sexual) iar rezervorul principal de contaminare este femeia.

Copiii se infestează intrapartum sau prin intermediul obiectelor contaminate.

Incubaţia depinde de mediul de dezvoltare, între 4—20 zile, în medie 7 zile.

Perioada de stare ca exprimare clinică depinde de sex şi de multe alte condiţii locale şi generale.

La femeie se evidenţiază prin eritem vulvar, prurigo intens 20% pînă la excoriaţii, vaginul eritematos microhemoragic, cervicită erozivă (90%).

Semnul dominant este leucoreea albă-gălbuie, purulentă, fluidă, fetidă.

La bărbat este mai frecventă forma asimptomatică, uretrita acută apărînd într-un număr mic de cazuri, cu o secreţie purulentă, alb-gălbuie, prurit şi arsuri uretrale cu congestia meatului urinar.

Complicaţiile perioadei active pot fi mai frecvente la femeie (bartholinite, uretrite, cistite, anexite, metroanexite, adenopatie inghinală dureroasă — foarte rar); la bărbat se citează prostatita, veziculitele seminale şi chiar coafectarea epididimară.

În formele cronice singurul element simptomatic este secreţia minimă, adesea seroasă (30% la bărbaţi).

Trichomoniaza face casă bună cu *Candida albicans* şi virusul vegetaţiilor venerienc, toate presupunînd un anumit teren propice.

12.7.2. **Candidoza vaginală**

Odată cu era abuzurilor de antibiotice, distrugerea florei microbiene cu ajutorul diferitelor aplicaţii locale, cu terapeuticele per orale (sulfamide, corticoizi, ACTH, foliculină, progesteron, anticoncepţionale), cu diminuarea rezistenţei imunitare (boli cronice, diabet, stresuri, longevitate etc.) se constată o creştere progresivă a infestaţiei-infecţiei cu ciuperci levuriforme din genul Candida.

La bărbat frecvența este mai scăzută, manifestîndu-se printr-o balanită micro-veziculară, iar în formele cronice prin placarde eritemato-scuamoase. Uretrita concomitentă dă senzația de arsură-durere în momentul urinării, cu o secreție redusă.

La femeie se manifestă ca o vulvo-vaginită, cu mucoasă congestivă, edem labial cu prurit și usturime.

Secreția vaginală este mai abundentă, grunjoasă, vîscoasă ce acoperă plicile mucoasei vaginale și ale colului.

Se asociază adesea cu trichomoniază și prin durerile care le provoacă în timpul contactului sexual dă naștere la dispareunii, frigidități etc.

12.7.3. Ftiriaza pubiană

Este pediculoza pubiană, cauzată de un parazit *Phtirius pubis* (păduchele lat) transmis ușor prin contactul sexual la parteneri lipsiți de igiena elementară.

12.8. IGIENA GENITALĂ ȘI PROFILAXIA GENERALĂ A BOLILOR VENERICE

„A preveni este a vindeca de două ori".

Măsurile de prevenire se referă la modalitățile de transmitere „directă" *genitală* sexuală sau nesexuală (tușeu vaginal infectant, infecție transplacentară, infecția fătului în travaliu) sau *extragenitală*, precum și la transmiterea „indirectă" *genitală* sau *extragenitală* (prin intermediul unor obiecte infectante).

Trebuie reținut faptul că măsurile profilactice își au eficiența maximă în primele 10—30 minute de la contactul sexual, tergiversările de peste 4—5 ore scăzînd vertiginos eficacitatea acestora.

Măsurile de profilaxie se bazează în primul rînd pe proprietățile biologice ale germenilor, vulnerabilitatea lor într-un mediu nefavorabil dezvoltării lor. Astfel, gonococul,

Treponema, Trichomonas nu rezistă la uscăciune sau Treponema, gonococul, virusul SIDD sînt distruşi rapid, în cîteva minute, de către dezinfectantele banale (soluţia de săpun, alcoolul, sublimatul corosiv 1/1 000, oxicianura de mercur 1/5 000.

Ţinînd seama de aceste aspecte este indicat ca în unităţile de alimentaţie publică să se folosească tacîmuri, pahare etc. bine spălate, dezinfectate şi uscate; în hoteluri, băi publice, stranduri, W.C.-uri să se procedeze la dezinfecţiile de rigoare precum şi la folosirea cearşafurilor, prosoapelor proprii, uscate, ţinînd cont că majoritatea germenilor nu rezistă fiind distruşi prin căldură uscată.

Ca măsuri individuale, după contactul sexual, un prim şi imperios gest este urinarea şi apoi spălarea minuţioasă a organelor genitale cu apă şi săpun.

După spălare şi uscare se poate şterge suprafaţa glandului şi a prepuţului cu un mic tampon îmbibat cu soluţie de sublimat sau oxicianură de mercur şi chiar instilarea a cîtorva picături din aceste soluţii (1/6 000) în uretra anterioară; se poate de asemenea aplica o pomadă dezinfectantă (mai ales în cazul sifilisului).

În aceleaşi condiţii, la femeie se recomandă badijonarea uretrei cu protargol 5—10 % în soluţie glicerinată, iar vaginal profund se va introduce un tampon îmbibat cu aceea şi soluţie pe timp de 1—2 ore.

Parazitozele, pediculozele impun o meticuloasă igienă vestimentară şi tegumentară (băi cu apă caldă, călcarea lenjeriei cu fierul înfierbîntat).

În afara unor raporturi sexuale, igiena personală trebuie să ţină seama de mai multe aspecte.

— Copiii, încă de mici, trebuie obişnuiţi cu deprinderile igienice, să fie spălaţi zilnic în regiunea perineală, să utilizeze în mod exclusiv prosoape, lenjerie personale.

— Fiecare membru al familiei va păstra o igienizare strictă a zonelor genitale pentru îndepărtarea mirosurilor de urină, secreţiile smegmale, mirosurile dezagreabile şi iritaţiile secundare.

— La fete în perioada pubertară sau la femei această igienă va trebui menţinută tot timpul şi cu deosebire în

perioadele menstruale, prin spălături cu apă călduță și săpun moale, dimineața și seara, cu toată meticulozitatea, în toate fantele genitale, sub duș și nu în lighean și uscarea cu prosop moale, uscat sau hîrtie igienică.

Recomandabil este ca vulva să fie spălată după fiecare micțiune, chiar numai cu apă curată.

Utilizarea spălăturilor vaginale după contactul sexual nu este obligatorie dacă ambii soți sînt sănătoși și respectă regulile de igienă elementară.

Folosirea de către femei a unor spălături dezinfectante vaginale, fără o indicație medicală, nu sînt recomandabile, întrucît prin acestea se modifică nivelul acidului lactic care menține pH-ul vaginal acid, se distruge flora saprofită protectoare, făcîndu-se astfel cale liberă germenilor facultativ sau net patogeni.

Torșonul menstrual va trebui să fie schimbat de mai multe ori pe zi pentru a îndepărta mirosul dezagreabil dat de sîngele menstrual alterat, va fi absorbant (vată hidrofilă). Blocarea scurgerii sîngelui prin introducerea unor tampoane de vată în canalul vaginal nu face decît să producă stagnarea acestui sînge cu poluarea accentuată a florei saprofite, cu posibilități de suprainfecție.

În perioada menstruației se va evita congestia organelor genitale cu riscul exacerbării hemoragiilor, prin evitarea băilor generale și locale fierbinți; evitarea alimentației congestionante (condimente, alcool); evitarea anumitor sporturi (călărie, bicicletă, motocicletă); a sporturilor de performanță, epuizante; evitarea îmbrăcăminții strîmte, din material plastic mai ales în perioadele de vară, sau a îmbrăcăminții prea sumare pe timp de iarnă.

La bărbați, toaleta organelor genitale va consta de asemenea dintr-o atentă spălare a acestora, cu apă simplă sau cu o soluție de bromocet.

Lenjeria intimă, preferabilă din bumbac, lejeră, aerată (se știe că ridicarea temperaturii în această zonă diminuă fertilitatea masculină), va fi schimbată cît mai des.

Bibliografie selectivă

Altschuler G. — *Am. J. Dis. Child.*, 1974, 127, 427

Bushkel L.L., Jordon R.F. — *Arch. Derm.*, 1974, 110, 1, 63

Colțoiu Al. — Tratat de dermato-venerologie, Ed. Medicală, București, 1986

Degos R. — Dermatologie, Ed. Flamarion, Paris, 1976

Dragomirescu M. — Terenul şi infecţia, Ed. Academiei R.S.R., Bucureşti, 1988

Fine Y.D. — Dermatology, W. Berlin Mag, 1987

Kaplan N.M., Sadik N., Scott Mc. — *Amer. Acad. Dermat.*, 1987, 16, 3, 485

Ott Fl., Krakovski A. — *Dermatologica*, 1982, 164

Păun L. — Infecţia cu virusul imunodeficienţei umane, Ed. Medicală, Bucureşti, 1988

Russel P. — *Amer. J. Dis. Child*, 1974, 128, 160

Scott G., Buck B.E. — *New Engl. J. Med.*, 1984, 310, 76

Skripkine Y., Militicj M. — Maladies cuntanées et vénériennes, Ed. Mir, Moscova, 1985

Vasiliu V. — Igiena intimă a femeii, Ed. Medicală, Bucureşti, 1966

13. Climacteriul (menopauza-andropauza)

Menopauză înseamnă doar sistarea menstruației, un eveniment foarte evident, dar necuprinzător pentru ceea ce se petrece în perioada de trecere de la maturitatea genito-gonadică a femeii la epuizarea acesteia. Ea reprezintă pentru climacteriu doar ceea ce reprezintă menarha pentru pubertate.

Andropauza este o noțiune și mai importantă, ea fiind lipsită chiar și de parametrii relativi ai menopauzei (sistarea menstruației).

Termenul cel mai cuprinzător și care exprimă o situație mai reală este cel de „climacteriu" (climax — scară, coborîrea pe treptele scării vieții).

Climacteriul reprezintă deci o întreagă perioadă de tranziție între activitatea genito-gonadică și repausul definitiv al sexualității, o nouă situație neuro-endocrino-metabolică.

Perioada climacterică se situează între 45—60 ani și se nuanțează diferit între cele două sexe. Tocmai de aceea se vorbește de un climacteriu feminin sau masculin și de o împărțire, pe etape mai distincte ale acestui răstimp de 10—15 ani.

Climacteriul este o problemă medico-socială cu multiple aspecte pe plan fiziologic, moral-psihologic, sanogenetic și de eficiență socială pînă la cele fiziologice.

13.1. CLIMACTERIUL FEMININ

Climacteriul feminin poate fi rezultatul unei scadențe fiziologice genetice etc., sau accidentale (chirurgicale, radiologice ce interesează zona gonado-genitală).

Climacteriul fiziologic poate fi, în limitele intervalului de vîrstă de 45—50 ani, mai precoce sau mai tardiv, în funcție de mai mulți factori biologici sau de mediu.

Un climacteriu mai precoce survine la femeile cu: menarha mai tardivă, la nulipare, la rasa neagră, la cele cu stare de sănătate precară (cardiopatii, renopatii, hepatopatii cronice, anemii, tulburări metabolice, tumori, endocrinopatii), precum și la cele din zonele sudice, la altitudine, citadine, cu alimentație deficitară.

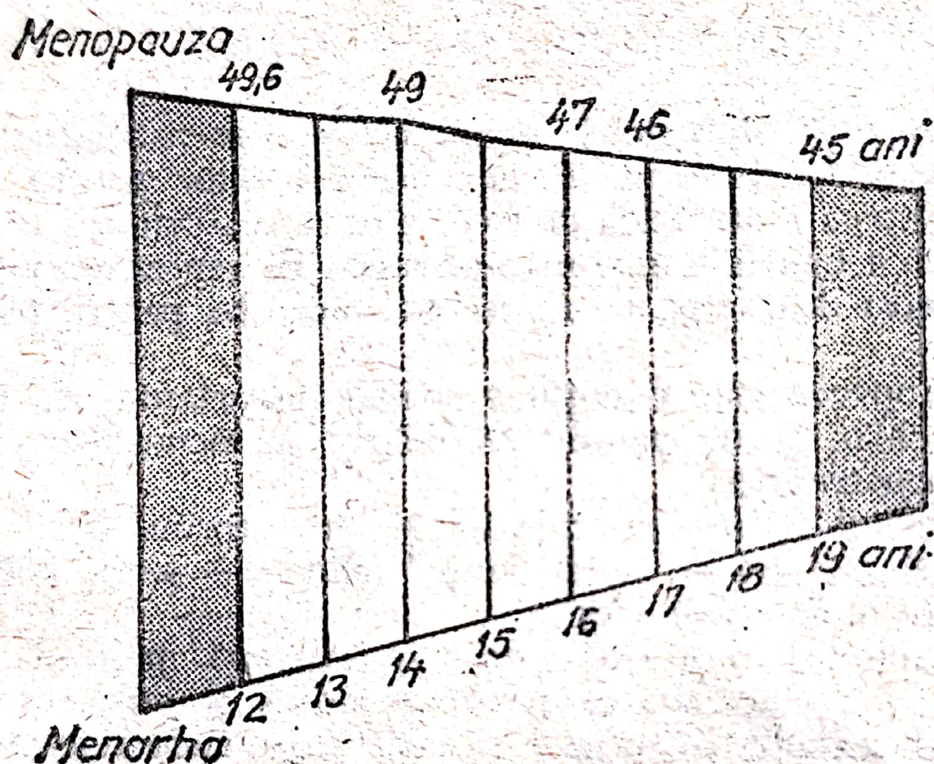


Fig. 84 — Interdependența cronologică dintre menarhă și menopauză (după Goecke).

Un climacteriu mai tardiv survine la femeile cu menarha mai precoce, la multipare, la rasa albă, la cele cu sănătate bună, precum și la cele din latitudini mai nordice, la șes, rurale, cu alimentație mai rațională.

Așa-zisul climacteriu fiziologic genetic depinde și el de mai mulți factori intrinseci, în parte bănuiți, în parte verificați.

Ceea ce este clar este involuția organismului cu vîrsta, deci și menopauza este un aspect procesual, un moment al

evoluției. Programul este condiționat în principal de un „ceas biologic" interior în care se integrează viața fiecărui viscer, fiecărei celule. Printre primele organe care își epuizează cota de funcționare este ovarul.

Acest „ceas biologic" își are substanța în gonadostatul cerebral: sistemul limbic, hipotalamus, hipofiza, sistemul peptidergic *(„releasing hormone")*, sistemul aminergic (amine biogene neurotransmițătoare), vîrsta biologică fiind în primul rînd rezultatul dereglării sistemului de canalizare și coordonare a informațiilor primite și a comenzilor sistemului nervos central (teorie cibernetică) ce încearcă abordarea matematică a procesului de îmbătrînire.

Rolul dominant al hipotalamusului în reglarea troficității și receptivității ovarelor, rezultă din faptul că femeile castrate chirurgical precoce, în jurul vîrstei de 45 ani prezintă un sindrom clinic asemănător instalării menopauzei, ceea ce sugerează implicarea etajelor superioare nervoase în instalarea menopauzei și nu numai scăderea receptivității obariene. Experimentarea, pe animal, cu L-dopa sau Hydergin a putut modifica scadența ciclurilor vegetative.

Organismul este însă o unitate biologică în care nu ne putem închipui că acest ceas funcționează în gol fără o complexitate întreagă de angrenaje (mecanisme *feedback)*, interconectate, intercondiționate, interdependente și față de cele 30 trilioame celule care alcătuiesc organele vitale ale omului.

În acest sens „cibernozele" ceasornicului biologic „canalele" sale de informație și coordonare au putut fi individualizate pe mai multe direcții particulare: funcționale metabolice-celulare-umorale etc. Astfel:

— teoria materialist filozofică a „implacabilului genetic" (Hayflik) se bazează pe faptul că fibroblaștii de embrion uman normal cresc și se înmulțesc în condiții favorabile standard dar după 50 de dedublări ale populației celulare, aceștia mor inevitabil;

— teoria deteriorării programului ADN-ARN (Y. Haler) se situează pe aceeași arie genetic-celulară. De-a lungul vieții moleculele acizilor nucleici ar acumula „erori" de informație care nu fac decît să perpetueze și să amplifice erorile;

— teoria autoimunității (Burnet) susține că o mutație somatică a celulelor timodependente duce la dezvoltarea unor clone autoimune distrugătoare și, în fond, la epuizarea organismului;

— teoria acumulărilor toxice celulare cu autodegenerare ar deriva din teoriile genetico-celulare amintite mai înainte. Ca subderivate și cu nuanță mai concretă menționăm teoria acumulărilor „radicalilor liberi" intracelulari cu tulburările biochimice în lanț, la fel teoria autoagresiunii celulare „lizosomale", la fel teoria acumulărilor de amiloid etc.;

— teoria vitalizării (Fralkis) prin procesele adaptării în cadrul organismului ca unitate integrală, nu face decît să aducă unele corective plauzibile la teoria lui Hayflik;

— teoria metabolică (M. Z. Teodoru), de asemenea subliniază condițiile materiale (alimentația rațională, oxigenarea celulară) ale teoriilor precedente, condiții în care se întrevede și influența mediului exterior.

Dacă toate aceste teorii pot explica constituirea cadrului general al declinului biologic general, ele nu explică îndestulător momentul calitativ, distinct în timp și în spațiul organic, al apariției fenomenului „climacterial", specific și caracteristic speciei umane — femeii (primatele își păstrează activitatea ovariană pînă la moarte).

Deci climacteriul nu poate fi echivalent cu bătrînețea.

Care este strategia naturii în această problemă?... Mai întîi că menopauza oferă un avantaj prin faptul că o serie de deficite cromozomiale, care se înmulțesc cu vîrsta, sînt barate în implicația lor negativă asupra urmașilor; părinții cîștigă timp pentru protecția și dezvoltarea progeniturilor, progenitura umană cerînd cea mai lungă protecție pînă la maturitate.

Fenomenul principal al climacteriului este scăderea funcțiilor ovariene, cu exprimarea acesteia în toate compartimentele biologice.

Ovarele își pierd cu vîrsta receptivitatea la incitațiile hipotalamo-hipofizare și, în același timp, acestea din urmă își diminuează și ele activitatea.

Cînd hipotalamusul — hipofiza își încetează implicația în ciclul catamenial concomitent cu ovarele, menstruația se suspendă brusc cu tulburări minime.

La fel se întîmplă și cînd sistemul tutelar de reglare gonadostatul hipotalamo-hipofizar devine insuficient înaintea ovarelor. Situația ia un caracter mai tulburător (patologic) cînd ovarele își pierd receptivitatea, *feedback*-ul negativ, frenator, nu mai acționează și dinamica funcțională hipotalamo-hipofizară intră într-o fază hipertonă. Se înțelege că hipertonia aceasta va pedala haotic pe toate funcțiile și metabolismele organismului în cadrul dismorfismului de vîrstă.

Dar oricît ar părea de intempestivă menopauza cu scadența fixă în jurul vîrstei de 50 ani (dacă ne referim numai la sistarea menstruației), fenomenele de remaniere substructurală biologică au o eșalonare mult mai largă (între 45—60 ani), ceea ce motivează și opțiunea pentru termenul mai cuprinzător și adecvat de „climacteriu".

Dacă lucrurile stau așa, din punct de vedere teoretic și mai ales practic, climacteriul a fost împărțit convențional în mai multe secvențe, cu nomenclaturi diferite adoptate de FIGO și OMS. Astfel:

— premenopauza se eșalonează pe o perioadă de 4—5 ani și se caracterizează prin reducerea treptată a funcției ovulatorii și a producerii de estrogeni și mai ales de progesteron, generînd în consecință pe lîngă neregularitățile ciclului menstrual, adesea anovulator, și unele tensiuni adaptative la nivelul celorlalte compartimente biologice;

— menopauza propriu-zisă: definește scurta perioadă a ultimelor sîngerări menstruale controlate încă de ovar, respectiv etapa între faza procreativă și cea nereproductivă, care survine după prima treime a etapei climacteriului. Se situează la vîrsta medie de 50 ani, între 48—52 ani;

— postmenopauza: ce începe la aproximativ un an de la instalarea menopauzei se individualizează prin dispariția aproape totală a funcției ovariene, cu atrofia acestuia, cu implicațiile inerente pe plan metabolic, somatic, funcțional și chiar neuropsihic (vezi funcțiile hormonilor ovarieni). Această perioadă ar dura 8—10 ani.

Prin urmare, va trebui să luăm în considerare o serie de modificări concrete care caracterizează climacteriul fe-

minin, cunoscînd că la aproximativ 50% dintre femei perturbările survenite iau aspectul unor manifestări morbide (10% violente, 30% minore) care necesită consultul și terapeutica medicală.

Climacteriul inițiază restructurarea modelului neuropsihic vegetativ, metabolic și funcțional al perioadei adulte.

13.1.1. Premenopauza

Tulburările psihoemotive date de climacteriu sînt dintre cele mai tulburătoare din viața femeii întrucît aceasta are de înfruntat o serie de remanieri biologice proprii, cît și o conjunctură stresantă familiară, socială etc.

La această vîrstă, perspectiva pensionării, moartea părinților, migrarea copiilor („cuibul gol") care se căsătoresc și își formează propria familie, decăderea din rolul deosebit de mamă, reducerea contactelor sociale, declinul sexualității, perspectiva inutilității, creează o atmosferă de neliniște.

Toate acestea își au ecoul în funcție de structura organică, echilibrul neuroendocrin, tipul de sistem nervos, echilibrul afectiv socio-familial, nivelul cultural, de cele mai multe ori lucrurile oprindu-se la o depresiune, anxietate, sentimentul frustrării.

Încă de pe acum apar și unele diminuări ale memoriei și unele tulburări de caracter: logoree, activitate debordantă, manifestări hipomaniace, cu o cochetărie neadecvată, inoportună, în contrast cu disponibilitățile sale de seducție deteriorate. În această situație femeia își etalează bogăția, bijuteriile, se angajează în preocupări artistice, uneori prezintă o combativitate, mai mult cu caracter defensiv, de evaziune față de implacabilul care o urmărește și îi erodează caracterele sexuale, frumusețea, rosturile minunate cu care a dotat-o natura. În această situație este lesne de înțeles de ce apar conflicte conjugale neașteptate, tentative iluzorii de refacere a vieții. Se recunoaște însă că sînt și femei

cu un echilibru mai stabil, cu un autocontrol care își acceptă destinul cu seninătate, ceea ce le face utile familiei și societății.

Aceste aspecte nu sînt întîmplătoare ci ele sînt expresia în primul rînd, a unor remanieri neurovegetative endocrine.

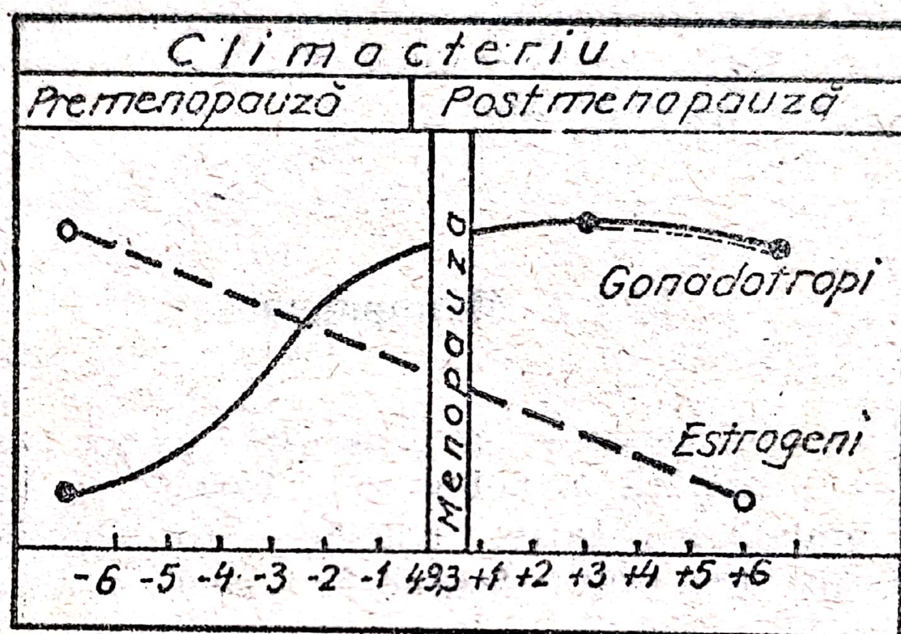


Fig. 85 — Concentrația estrogenilor și a gonadotropilor pe parcursul climacteriului (după Ionescu și Dumitrache).

Greutatea ovarelor care începe să diminueze încă de la 30 ani (15%) fără tulburări funcționale însă, acum, prin ciclurile anovulatorii fac să scadă nivelul estrogenilor și progesteronilor, raportul lor rămînînd totuși în favoarea estrogenilor („hiperestrogenism relativ") care determină o serie de manifestări metabolice-funcționale „hiperestrogenice".

În același timp celulele stromale și hilare ovariene, secretante de androgeni rămîn active cu consecințele metabolico-funcționale consecutive.

Încă de pe acum, datorită scăderii „inhibinului" (proteină hormon) ce frînează în mod normal gonadostimulinele

hipofizare (LH și FSH) se produce o „defrenare" a hipofizei cu hipersecreția acestor gonadostimuline.

Se consideră că, în această fază, există o mare variabilitate a echilibrului, homeostaziei hormonale.

În consecință, în această fază, în situația mai frecventă a hiperestrogenismului relativ pot apare menstruații abundente (endometrita hemoragică) cu ovare mai congestionate, congestie pelvină și cu multiple răsfrîngeri organo-funcționale generale: tensiune mamară (mastodinie), reținere apoasă, meteorism abdominal, tensiune arterială oscilantă, cefalee, palpitații etc.

13.1.2. Menopauza

În fața sistării menstruației, femeia este șocată profund, perspectiva inutilității, a falimentului biologic se impune cu toată brutalitatea. Odată cu sistarea posibilităților de procreere, mai ales pentru femeile fără copii, neangrenate în viața socială, viața apare încheiată, inutilă, moment de introspecțiune psihizantă pînă la aspecte psihiatrice, femeia devine depresivă pînă la o tristețe profundă, însingurată, cu exacerbarea emotivității, iritabilității, agresiune.

Dacă tulburările endocrine impulsionează tulburările psihice, nu trebuie să se uite valoarea structurii psihice de fond, unele latențe psihiatrice care s-au profilat foarte evaziv la pubertate pot să se profileze cu toată intensitatea acum la menopauză.

Acum apar psihozele active ca delirul de gelozie, erotomania, revendicări, delir de exaltare mistică, toate cu tendință paranoică. Tot acum, la scăderea memoriei se pot adăuga și tulburările raționamentului logic.

Pe plan neurovegetativ, datorită defrenărilor centrilor superiori, în special a diencefalului, datorită unor elemente intermediare dismetabolice ale estrogenilor, care cîștigă proprietăți catecolaminice, de tipul noradrenalinei, serotoninei, în această fază apar intense manifestări de simpa-

ticotonie cu: valuri, bufeuri de căldură, transpirații profuze, modificări de apetit, cu îngrășări sau slăbiri, insomnii, hipertensiune arterială (acufene, farfene, amețeli, cefalee, palpitații, sindroame anginoide, parestezii etc.).

Dacă în evoluția climacteriului involuează întîi gonadostatul, fenomenele amintite sînt mai puțin violente, dacă involuează mai întîi și cu precădere activitatea gonadică fenomenele sînt mai tulburătoare.

Pe plan hormonal apar creșteri marcate de GnRH *(gonadotrofic releasing hormone)* și ca o consecință a acestuia creșterea în sînge și urină a hormonilor gonadotropi (LH de 4 ori și FSH de 10 ori). Defrenarea hipofizară poate determina și hiperfuncția altor glande (tiroida, suprarenalele).

În această situație funcția ciclică diencefalo-hipofizo-ovariană se anulează.

Ovarul prin atrofia corticală, prin atrezia și sistarea ovulației intră într-o criză secretor-hormonală profundă.

Astfel, dacă secreția de estrogeni și estradiol, în perioada genito-gonadică matură, era de 300—400 micrograme/24 ore, la menopauză aceasta scade la 50—200 micrograme/24 ore.

Secreția de progesteron este încă prezentă, însă la un nivel foarte scăzut, aceasta pe contul corticosuprarenalei.

De asemenea persistă secreția de androgeni pe contul stromei ovariene stimulate de LH și pe contul corticosuprarenalei care rămîne cel puțin la un nivel secretor normal. Femeii i se poate îngroșa vocea cu apariția unei pilozități mai exprimate.

În această perioadă apare bradimenoreea-oligomenoreea și, după cîteva încercări, în decurs de cîteva luni pînă la cel mult un an, se instalează amenoreea.

Ovarele intră într-o involuție prin scleroză vasculară, sau prin virare sclerochistică, ajungînd la un sfert din greutatea avută în perioada activă.

Se evidențiază diminuarea caracterelor sexuale secundare, în special la nivelul pielii și mai ales la nivelul mucoaselor genitale, vezicale, bronșice, cu consecințele patologice respective.

13.1.3. Postmenopauza

Pe plan psihologic pot apare relativ mai frecvent psihozele pasive ce se instalează lent dar progresiv, fără a modifica prea mult aparențele. În acest sens se remarcă astenia, pasivitatea, introvertirea, tristețea, depresivitatea, idei de culpabilitate, de autoliză pînă la melancolia anxioasă, indiferență erotică; cu intermitențe de iritabilitate, conflicte cu mediul.

Deficitele intelectuale se accentuează și mai mult.

În contextul hormonal se constată că gonadotrofinele hipofizare scad evident și mult (totuși rămînînd la nivelul aproximativ dinaintea climacteriului).

Nivelul minim de estrogeni (50—20 micrograme/24 ore) ca și cantitatea apreciabilă de androstendion se datoresc secrețiilor liminare de sexoizi de către corticosuprarenală, sau prin convertirea androizilor în estrogeni la nivelul ficatului, rinichilor, țesutului grăsos, creierului.

Urmele de progesteroni (0,1 — 0,3 nanograme/ml — ca și la bărbat) sînt secretate tot de către corticosuprarenale.

Ca o consecință a acestei deplafonări endocrine dispar aproape total caracterele sexuale secundare cu sclerotrofia genitală și mamară; prin debilizarea mucoasei vaginale și virarea pH-ului acesteia spre alcalinitate, se favorizează exaltarea microbismului saprofit, a candidozelor (vulvită, vaginită micotică, kraurozis); prin depolarizarea musculară și a țesutului conjunctiv se pot produce hipotonii perineale cu prolapsul utero-rectal.

Spre sfîrșitul acestei faze apar marcate fenomene de senescență cu tulburări ale marilor metabolisme (proteic, lipidic, glucidic, hidroelectrolitic, vitaminic etc.).

Ca particularități feminine se rețin: osteoporoză în special în zonele epifizare, calcanean, șold cu osteodiniile și fracturile de col (de 8—10 ori mai frecvente la femei decît la bărbați), artrozele, spondilozele, marcate tulburări vasculare cu ateroscleroză și complicațiile ei mai tardive și mai puțin severe decît la bărbat, calculozele biliare, de 4 ori mai frec-

vente decît la bărbat, anemiile, pielonefritele etc., malignizări ale sînului și uterului cu care depășește pe bărbat, aceasta avînd o mai mare frecvență a morbidității în toate celelalte sectoare organice.

13.2. CLIMACTERIUL MASCULIN

Climacteriul masculin este mai mult un declin biologic lent, progresiv, între 50—70 ani, fără manifestările tulburătoare ale femeii și, în orice caz, fără prăbușirea gonadică bruscă și totală, deci fără un parametru obiectiv ca menopauza. Andropauza ca atare este contestată de cei mai mulți autori.

El reprezintă o perioadă critică în eșalonarea vieții bărbatului, expresie a interacțiunii subiectului cu mediul psiho-social, marcîndu-i întreaga structură somato-psihică.

Climacteriul coincide cu presenilitatea, perioadă care, pentru școala românească de endocrinologie, se întinde pe o perioadă de aproximativ 10 ani, între 50—60 ani, în care se remarcă scăderea progresivă a activității gonadelor, regresiunea caracterelor sexuale secundare, restructurarea modelului neuropsihic, vegetativ, metabolic și funcțional al perioadei adulte.

Procesul interesează organismul în integritatea sa, iar insuficiența orhitică ocupă un loc inegal, mai discret ca incidență, intensitate, durată.

La indivizii hipoorhitici fenomenele survin mai precoce și cu tulburări mai moderate.

Ca și la femeie, se proiectează mai evident tulburările psihice cu stări depresive (80%) uneori apropiate de intensitățile psihotice, iritabilitate (90%), tulburări ale memoriei, insomnii sau somnolență, tendința în a amplifica negativ evenimentele comune existențiale, oboseală, pasivitate.

Trebuie diferențiate depresiunile de climacteriu față de cele care țin de demențele senile.

Nu sînt lipsite nici la bărbat unele manifestări neurovegetative ca: valurile de căldură, transpirațiile, paresteziile, palpitațiile etc. Toate aceste manifestări au ca fundal hormonologic scăderea progresivă a androgenilor, cu prăbușirea lor după 80 ani.

La 60–80 ani valorile testosteronului plasmatic scade la 0,5 micrograme % ml, nu prea mult față de individul adult, dar se presupune că în același timp scade și utilizarea lui la nivelul organelor țintă datorită unor anomalii de metabolizare.

Producția de estrogeni este foarte puțin influențată, fapt la care contribuie și conversiunea androgenilor în estrogeni.

La vîrste înaintate scad și enzimele legate de transformarea 17-hidroxiprogesteronului în androgeni.

Gonadotropii hipofizari rămîn în limite normale sau cresc foarte puțin pînă la senescență.

Ca urmare a acestor modificări endocrine se imprimă unele modificări-degradări și în organele țintă, în special la nivelul organelor genitale:

— modificările testiculare sînt discrete: fibroză tubulară cu interesarea parțială a spermatogenezei care se menține totuși timp îndelungat în măsura în care nu intervin și alte insulte asupra testiculului (traumatisme, toxice, dismetabolisme, ateroscleroză);

— veziculele seminale se modifică după 80 ani cînd se constată o scădere a fructozei și fosfatazei alcaline în plasma seminală;

— prostata începe să se fibrozeze, cu atrofia acinilor și cu micșorarea activității secretorii, după 70 ani.

În același timp scade acidul citric și fosfatazele acide.

Prostata este o glandă al cărei volum și greutate cresc progresiv de-a lungul vieții;

— spermatogeneza nu suferă prăbușirea similară ovogenezei ovariene feminine. Cu o diminuare progresivă (oligo-

spermie, astenospermie) ea se menține pînă la vîrste înaintate (80—90 ani).

Spermatozoizii însă pot prezenta unele modificări calitative mai ales la nivelul genomului cu potențialități teratogene sporite în rîndurile descendenților care nu constituie rarități la această vîrstă.

Libidoul și potența sexuală diminuă și ele, dar se mențin în 60% între 45—50 ani și în 40% după 60 ani, cu scăderea interesului pentru sexul feminin, reducerea numerică a raporturilor sexuale cu dublarea, triplarea perioadei refractare a răspunsului sexual.

Erecțiile matinale se răresc și scad pînă la dispariție cu timpul. Erecția sexuală este slabă și tardivă.

Ejacularea precoce, însoțită de erecția slabă, este unul din semnele primare ale climacteriului. Dacă erecția ajunge la un stadiu efectiv, ejacularea este întîrziată (de 2—3 ori față de individul tînăr).

Observațiile dovedesc că, la vîrste egale, bărbații sînt mai activi decît femeile și că indivizii sănătoși, cu o sexualitate puternică în trecut, continuă să aibă relații sexuale pînă la o vîrstă înaintată. Aceasta mai evident la cei căsătoriți decît la necăsătoriți, la cei care și-au menținut un ritm regulat al raporturilor sexuale, la cei necomplexați psihologic. La unii indivizi libidoul se exacerbează obsesiv. În genere erotismul, libidoul nu merge în paralel cu suportul său hormonal și cu capacitatea de efectuare a actului sexual.

La hipogonadici, declinul sexual este mai intens, manifestările de climacteriu apărînd precoce chiar la 40 ani, aspect la care pot contribui și unele tare ca: diabetul zaharat, hipertensiunea arterială și tratamentul ei, ateroscleroza, prostatectomia, excesul de tutun, alcool sau alte toxice, stresul, surmenajul, bolile intercurente, traiectul ontogenic încărcat, factori psihologici și sociali.

Un factor deosebit de important în scăderea activității sexuale a bărbatului este teama obsesivă a unei erecții tardive, incomplete, nesatisfăcătoare, ceea ce, în fața unei partenere neadecvate duce la un sentiment ridicul, penibil, anxios, de vinovăție.

Împotriva unor păreri preconcepute, de ironie, anormalitate, culpabilitate chiar, sexualitatea este încă prezentă și necesară la bărbatul în climacteriu. Ea are o importanță psihologică, socială care nu trebuie bagatelizată sau neglijată.

Medicul are un rol deosebit în această direcție, cunoștințele sale asupra biologiei vîrstei înaintate, tactul său, atașamentul față de acești oameni care au aceleași nevoi, dacă nu mai mult, de mîngîiere, apreciere, înțelegere compensatorie.

Pe de altă parte este greșită concepția că numai contactele sexuale ar reprezenta singura formă de manifestare a libidoului.

Implacabilul este mai ușor suportat dacă aceste impulsuri sînt înțelese ca atare și dacă sînt canalizate pe diferite făgașuri ale unei vieți active optimiste, pline de plăceri intelectuale, artistice, sportive, relaxări în aer liber, susținute zilnic, ritmic, fără suprasolicitare.

Să nu se uite că unii tineri sînt „bătrîni" iar unii bătrîni sînt „tineri".

Patologia viscerală constă în acutizarea unor suferințe cronice preexistente sau prin apariția unora noi ca hiper-, hipofuncția unor glande endocrine, modificări serice ale lipidelor, colesterolului, glicemiei cu un demaraj precipitat spre ateroscleroză, mult mai precoce și mai intensă decît la femeie.

Bibliografie selectivă

Alessandrescu D. — Biologia reproducerii umane, Ed. Medicală, București, 1986

Băltăceanu I.O. — Patologia internă la femeie, Ed. Medicală, București, 1983

Fodor O. (sub red.) — Biologia și vîrsta, Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1971

Gorgos C-tin (sub red.) — Dicționar enciclopedic de psihiatrie, vol. II, Ed. Medicală, București, 1988

Ionescu B., Dumitrache C. — Sexualizarea normală şi patologică, Ed. Medicală, Bucureşti, 1987
Kopera H. — Le traitment du climactère, Organograma, 1975, 2, 3
Laury C.V. — *Med. et Hyg.*, Geneva, 1976, 1 201, 1 050
OMS — *Rapp. Serv. Tehn.*, Geneva, 1974, 28/11, 547
Rica N. — Climacteriul normal şi patologic, Ed. Scrisul Românesc, Craiova, 1987
Săhleanu V. — Omul şi îmbătrînirea, Ed. Enciclopedică, Bucureşti, 1971

14. Sexualitatea și implicațiile medico-legale

De-a lungul veacurilor, de la popor la popor, de la colectivitate la colectivitate, s-au fixat unele concepții asupra sexualității, unele norme care, într-o societate organizată au devenit legi, deoarece funcția reproducerii umane nu este numai o problemă biologică personală ci, în primul rînd, socială.

Legislația veghează asupra inviolabilității sexuale a bunelor moravuri, asupra consolidării familiei și ca atare pedepsește desfrîul sexual, coruperea minorilor, violul, perversiunile sexuale, prostituția.

Codul penal al legislației României se ocupă de infracțiunile privitoare la viața sexuală, în articolele 197—204.

I. *Violul*

Art. 197 menționează:

„Raportul sexual cu o persoană de sex feminin prin constrîngere sau profitînd de imposibilitatea ei de a se apăra ori de a-și exprima voința, se pedepsește cu închisoare de la 2 la 7 ani".

„Pedeapsa cu închisoare de la 3—10 ani în caz de:

— victima nu a împlinit vîrsta de 14 ani;

— fapta a fost săvîrșită de mai multe persoane;

— victima se află în îngrijirea, ocrotirea, educarea, paza sau tratamentul făptuitorului;

— s-a cauzat victimei o vătămare gravă a integrității corporale sau a sănătății".

„Pedeapsă cu închisoare de la 7—15 ani în caz de:

— dacă fapta a avut ca urmare moartea sau sinuciderea victimei".

„Faptele prevăzute în aliniatul 1 şi 2 nu se pedepsesc dacă înainte ca hotărîrea să fi rămas definitivă a intervenit căsătoria dintre agresor şi victimă; iar în caz de participaţie, dacă a intervenit căsătoria între victimă şi unul dintre participanţii la viol".

Violul se referă la copile, fete virgine, femei deja deflorate.

Agresiunea sexuală înainte de 10 ani este mai mult un atentat la pudoare decît un viol întrucît, de cele mai multe ori actul sexual nu poate avea loc din cauza nedezvoltării organelor sexuale feminine, iar dacă acesta a avut totuşi loc, presupune grave leziuni locale (rupturi perineale, rupturi, dezinserţii vaginale chiar moartea victimei, aspecte care sînt cuprinse în alte articole de lege.

Cele mai multe victime ale violului sînt fetiţele între 14—16 ani, şi în al doilea rînd cele de 15—18 ani.

— Violul prin folosirea unei violenţe fizice:

În cazuri de luare prin surprindere, prin lovituri, imobilizări, ameninţare-intimidare, violul în grup (2—3 bărbaţi).

— Violul cu abuzarea de starea de neputinţă a victimei:

Adormirea cu substanţe medicamentoase sub stare de leşin, şoc, intoxicaţii, paralizii, după criza epileptică, stare de ebrietate profundă.

— Violul prin folosirea intimidării psihice:

Ameninţări, înşelare, şantaj, promisiuni materiale etc.

În materie de viol trebuie avută în vedere confabulaţia sau chiar automutilarea copiilor (puşi de părinţi) sau a fetelor majore psihopate, isterice, care din capricii, şantaj, urmărirea unor scopuri materiale etc. pot aduce acuzaţii false împotriva unui bărbat cunoscut sau necunoscut.

Expertiza medico-legală, care se va efectua la cererea părţii vătămate, va trebui să se facă cît mai repede pentru a putea surprinde semnele delictului (leziuni corporale de violenţă, leziuni vulvare, ruptura himenului, leziuni vaginale, urme de păr, spermă, sînge etc.).

Art. 199 menţionează:

„Fapta aceluia care, prin promisiuni de căsătorie, determină o persoană de sex feminin mai mică de 18 ani de a avea cu el raport sexual se pedepseşte cu închisoare de la 1—5 ani".

Art. 200 menţionează:

„Relaţiile sexuale între persoane de acelaşi sex se pedepsesc cu închisoare de la 1—5 ani".

Art. 201 menţionează:

„Săvîrşirea actelor de perversiune sexuală care au produs scandal public se pedepseşte cu închisoare de la 1—5 ani".

„Constituie acte de perversiune sexuală orice acte nefireşti în legătură cu viaţa sexuală, altele decît cele prevăzute în articolul 200".

Art. 202 menţionează:

„Actele cu caracter obscen, săvîrşite asupra unui minor sau în prezenţa unui minor se pedepsesc cu închisoare de la 3 luni la 2 ani".

Art. 203 menţionează:

„Raportul sexual între rude în linie directă sau între fraţi şi surori se pedepseşte cu închisoare de la 2 la 7 ani".

Art. 303 menţionează:

„Se califică ca delict de bigamie încheierea unei noi căsătorii de către o persoană căsătorită".

Art. 304 menţionează:

„Întreţinerea de relaţii sexuale în afara căsătoriei constituie delictul de adulter şi se pedepseşte cu închisoare de la 1 la 6 luni sau cu amenda". Proba adulterului se face numai prin proces-verbal de constatare a infracţiunii flagrante sau prin scrisori care emană de la soţul vinovat.

Art. 305 menţionează:

„Delictul de abandon de familie, fapta persoanei care are obligaţia legală de întreţinere faţă de cel îndreptăţit la întreţinere şi care se sustrage acestei obligaţii prin: neîndeplinirea cu rea voinţă a obligaţiilor de întreţinere prevăzute de lege (părăsirea, alungarea sau lăsarea fără ajutor").

Art. 321 menţionează:

„Fapta persoanei care, în public, săvîrşeşte acte sau gesturi, proferează cuvinte şi expresii sau se dedă la orice alte manifestări prin care se aduce atingerea bunelor moravuri sau se produce scandal public, se pedepseşte cu închisoare de la 3 luni la 2 ani.

Art. 325 menţionează:

Fapta de a vinde sau răspîndi, precum şi de a confecţiona ori deţine în vederea răspîndirii obiecte, desene, scrieri sau alte materiale cu caracter obscen, se pedepseşte cu închisoare de la 3 luni la 2 ani sau amendă".

Art. 328 menţionează:

„Fapta persoanei care îşi procură mijloacele de existenţă sau principalele mijloace de existenţă practicînd în acest scop raporturi sexuale cu diferite persoane constituie infracţiunea

de practicare a prostituţiei şi se pedepseşte cu închisoare corecţională de la 3 luni la 3 ani".

Sînt supuse legii de asemenea:

— Dispensa de vîrstă pentru căsătorie (sub vîrsta de 18 ani) la fete mai ales, cînd se pune problema constatării medico-legale a maturităţii sexuale (capacitatea de copulaţie, de concepţie, de gestaţie, de alăptare, psihointelectuală etc.).

— Motivele de divorţ în legătură cu aspectele de mai sus, neconsemnate de un certificat prenupţial corect.

În această categorie intră şi hermafroditismul, malformaţiile congenitale, impotenţa masculină organică sau feminină (apareunie), malformaţiile genitale majore intratabile, perversiuni sexuale majore.

Prevenirea unor situaţii pretabile la divorţ, pot fi evitate prin consultul premarital corect, cu toată răspunderea.

Aspectele penale mai grave trebuie definite, documentate, încadrate numai pe baza expertizei medico-legale.

Bibliografie selectivă

Kernbach M. — Medicina juridică, Ed. Medicală, Bucureşti, 1958
Popov N.V. — Medicina juridică, Ed. de Stat pentru Literatură, Bucureşti, 1964
3. **Stoica T.** — Sexologie, Ed. Medicală, Bucureşti, 1975

ISBN 973-39-0108-3

Redactor de carte : Dr. GEORGE ALGEORGE
Tehnoredactor : BOBOCICĂ PETRE

Bun de tipar : 10-VIII-1990
Formatul : 32/84 × 108
Hîrtia : scris I A 84 × 108
Coli tipar : 10,5

Com. nr. 92
Combinatul Poligrafic București
Piața Presei Libere nr.1
România

